

Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, MARIO TOTTA e LUIS GUEDES

DIABETE INSIPIDO

Prof. Annes Dias (1)

G. M., 10 annos, 33k.900. Altura 1^m.26. Nenhuma molestia grave quando criança. O pae, syphilitico, morreu do pulmão; a mãe tem perturbações menstruaes (2 vezes por mez), muito nervosa, tem tremor, teve syphilis ha 3 annos (manifestações cutaneas), cephaléa constante.

Aos 8 annos começou a urinar muito, vindo depois polydypsia, chegando a beber urina, quando não encontrava agua, bebia tambem agua suja; durante a noite ingeria 3 litros. Dá preferencia aos alimentos liquidos, como sopas, café, leite, etc. Teve, ha mezes, cephaléa frontal e dôres oculares, sem prejuizo da visão.

Chora muito, ás vezes acorda-se chorando. Não urina na cama. No começo da molestia, tinha ás vezes calefrio depois de beber. No inverno tem muito frio; suas mãos são geladas, como os pés. A principio urinava 7 litros, agora 11; antes tinha fastio, agora muito appetite, principalmente, para doces. Durante muito tempo teve prisão de ventre, que desapareceu. Teve durante mezes, no rosto, manchas escuras (pannos), que após exfoliação, desapareceram. Ha 8 mezes, pesava 23 kilos, 6 mezes depois 32 e agora 33,900. Muitos pellos espessos na cabeça e no supercilio; testa muito pequena.

Cabeça pequena; tem mastoidite chronica. Circumferencia do thorax — 89 cms.; do abdomen — 62.

Dentes incisivos medianos superiores, chatos, largos; alguns dentes cariados.

Pelle fina lisa, mãos cheias, unhas lisas, brilhantes, finas. Parte superior do thorax muito parelha, lisa, sem saliencias, sem relevo clavicular. Linha alva muito pigmentada. Systema venoso superficial muito accentuado no thorax; ventre abahulado no epigastrio. Linha branca de Sergent.

Tensão arterial: Mx. 11; Mn. 8; Io. 1½.

Adenite cervical E. Abatimento, perda de memoria. Fundo do olho nada revelou.

Radiographia: sella turcica normal.

20 a 27 - 9 - 20

Um pouco somnolenta.

1 - 4 - 20

Após uma série de injeções de pituitrina, passou a urinar 7 litros; tendo passado 4 dias sem injeção voltou a urinar 10 litros; ao lado da pituitrina, faz Enesol.

Exame de sangue — W. positivo fraco.

Uréa — 0 gr. 38 por litro.

Assucar — 145 mgr. 50 %.

Acido urico — 0 mgr. 622 %.

Creatinina — 25 mgr. 69 %.

Cholesterina — 233 mgr. %.

23 - 6 - 20

Urina — 8 litros. Densidade 1003; nada de anormal.

Sangue; Uréa — 0,872 por litro.

(1) Lição clinica feita no Hospital de Misericordia.

Creatinina — 24 mgr. 4 %.

Urina: Uréa — 8 gr. nas 24 horas.

Creatinina — 0,470 nas 24 horas.
28 - 7 - 20

Exame do liquido cephalo rachidiano:
Lymphocytose fraca.

R. de Nonne — positiva fraca.

R. de Wassermann — francamente negativa (000) mesmo com 1 c.c. de liquido.

No mez de Junho passou a fazer 2-3 injeccões de pituitrina por dia.

Urinas após esse tratamento:
20 - 8 - 20

Vol. — 6,5 l.

Uréa — 27,17 nas 24 horas.

Chloretos — 7,205 nas 24 horas.

Densidade — 1003,9.
21 - 8 - 20

Uréa — 3,95 por mil.

Chloretos — 1,053 por mil.

Densidade — 1003, 1.
27 - 8 - 20

Uréa. — 1,49 por mil.

Chloretos — 0,585.

Densidade — 1000,3.
30 - 8 - 20

Vol. — 6 l.

Uréa — 0,926 por mil.

Chloretos — 0,468.

Densidade — 1,000,9.
31 - 8 - 20

Volume — 6,5.

Uréa — 1,668 por mil.

Chloretos — 0,234.

Densidade — 1,002,9.
10 - 9 - 20

D. — 1003,9.

A. urico — 0,136 por mil.

Uréa — 2,25 por mil.

Chloretos — 0,234.
4 - 9 - 20

Volume — 6,5.

Uréa — 13,991 em 24 horas.

Acido urico — 1,261 em 24 horas.

A. phosphorico — 2,321.

A. hyppurico — 0,273.

Chloruretos — 3,047.

Oxalatos — 0,676.
8 - 9 - 20

Sangue:
W. — positivo fraco.

Hematias — 4.000.000.

Leucocytos — 15,546.

Relação globular — 1:315.

Polynucleares neutrophilos — 64,7 %.

Polynucleares eosinophilos — 6,8 %.

Basophilos — 1,2 %.

Grandes e med. mononucl. — 13,6 %.

Lymphocytos — 10,2 %.

F. não caracterisadas — 2,2 %.

F. de transição — 1,1 %.

Hemoglobina — 57 %.

Uréa — 0,171 %.

Creatinina — 0,002 %.

Assucar — 0,050 %.

Urinas	19-3-920	25-5-920
Volume (24 h.).....	10 lit.	7 lit.
Densidade	1002,5	1004,3
A. total (em H ² SO ⁴)	1,47	4,802
Azoto total	25,90	14,70
Azoto da uréa.....	13,98	4,893
Az. ammon. e aminado	0,28	2,01
Ammon. e ac. aminad.	0,352	2,587
Uréa	30,00	10,50
Acido urico.....	1,512	0,99
Phophatos (em P ² O ⁵)	0,1786	1,513
Chloretos	4,680	15,561
Albumina	traços lev.	tr. leves

Coefficientes:

De tensão	1893,9	985
De utilização azotada	53,9	—
De desmineralisação	66,6	65
De phosphaturia	0,5	14,4
De deschloretação	15,6	—
De oxydação de substancias ternarias não azotadas.....	135,1	35
De acido urico para uréa	5,04	—
De ammoniuria	1,3	—

O diagnostico deste caso é facil, mas é difficil a sua physiologia pathologica.

E' um caso typico de diabete insipido; tão facil é afastar as diversas especies de polyuria que, em outras circunstancias, poderiam embaraçar a filiação nosologica; nem essa polyuria é funcção de polydipsia simples, pois que a precedeu e é muito

accentuada. nem se trata de uma polyuria emotiva, como atesta a sua duração; nem é a chamada polyuria critica, accidente tão significativo na defervescencia de molestias infecciosas, nem é symptomatica de uma nephrite chronica.

E', pois, um diabete insipido, isto é, uma polyuria primitiva com signaes diabeticos, como attestam a polyuria formidavel (alcançou 11 litros); a polydipsia, a polyphagia, o torpor eventual, etc.

Dizer que é esse o mal desta doentinha, não é ainda resolver o problema, pois se extremam as opiniões no tocante á interpretação pathogenica desse syndrome curioso. Antes de entrar na apreciação de algumas particularidades do caso, entre as quaes avulta a do metabolismo da creatinina, vamos passar diante dos senhores o que se tem dito e o que se tem feito para solucionar a questão, para retirar o diabete insipido da nebulosa que o envolve. Essa entidade morbida é disputada por diversos capitulos da nosographia.

Diversas variedades de D. I. têm sido apontadas, consoante a composição da urina:

a) **D. azoturico**, em que ha augmento da excreção azotada. Nelle a polyphagia é notavel e o emmagrecimento progressivo.

A urina, comquanto muito abundante, é de densidade relativamente alta (1010-1020); a cifra média de eliminação da uréa de 40-50 grammas.

Hoje, a maioria dos tratadistas nega a este quadro morbido, idoneidade nosographica.

b) **D. phosphaturico**. Ha neste caso emmagrecimento ao lado dos signaes de D. I. E' notavel o augmento do coefficiente de phosphaturia, isto é, da relação entre o acido phosphorico e a uréa, que, sendo normalmente de 10, chega a attingir 14 a 15 %; ora na nossa doente houve um exame em que esse coefficiente se elevou a 14,4 %, mas esse augmento foi accidental, pois da outra feita cahia a 0,5 %.

c) **D. hyperchlorurico** de Teissier e Courmont. Além dos signaes de D. I. ha emmagrecimento, grande eliminação de chloretos, a prova da chloruria alimen-

tar desencadêa forte descarga de chloreto de sodio; frequencia da nephrite chloremica. Nada disso se encontra no nosso caso.

d) **D. Oxalurico**. No nosso caso se acha um ligeiro augmento de oxalatos, longe da cifra de 5 grs. a que chegam os casos de D. oxalurico.

e) **D. inositurico** é aquelle em que ha inosite. E' muito raro.

f) **D. com hippuria** quando ha excesso de acido hippurico. E' uma fôrma em que ha emmagrecimento progressivo, anemia consideravel. E' excepcional.

No nosso caso o acido hippurico eliminado era 0,273.

A doentinha foi submettida a regimens especiaes, ultimamente, com o fim de verificar a influencia que teriam sobre a excreção urinaria, o regimen chloretado e o regimen albuminoso. No primeiro dia que se seguiu a administração diaria de 10 grs. de chloreto de sodio, a eliminação deste augmentou de 1,0 por litro para 1,20, mas já no dia immediato cahia a 1,053 e nos dias que se seguiram chegava a 0,585, vê-se pois que não houve modificação apreciavel sob a influencia do regimen:

Com o regimen proteico a eliminação de uréa augmentou ligeiramente no 2.º dia, tendo passado de 0,926 $\frac{0}{100}$ a 1,668 $\frac{0}{100}$, baixando os chloruretos e oscillando a densidade entre 1000,9 e 1002,9.

Nos dias que precederam esse regimen a densidade da urina baixára ao minimo verificado neste caso e que é das cifras mais baixas que se tem observado — 1000,3.

Estudado por Camus e Roussy nas affecções do systema nervoso, filiado á endocrinologia por outros, é geralmente encontrado descripto entre as molestias da nutrição, achando ainda alguns que nada mais é do que um disturbio renal. Bem vêdes quão obscura se nos apresenta essa parte da questão e que mistér se faz dissociar os elementos em jogo para bôa e sã confrontação.

1.º **Theoria renal**. E' sabido que uma secção dos nervos esplanchnicos ou do plexo renal occasiona polyuria; seria pela

repercussão directa dessa lesão sobre o rim que a polyuria viria. Eckard julga que no caso da secção dos esplanchnicos, a circulação glomerular augmenta pelo relaxamento arterial, sobrevivendo a diurese; sobre a qual teriam, pois, acção, os agentes, vaso constrictores.

Pensam outros, entre os quaes Talqvist, que o D. I. é devido a ter o rim perdido a propriedade de concentrar a urina, achando ainda alguns, que em certos individuos sendo o rim particularmente irritavel, responde com diurese mais intensa, que o rim normal, aos estímulos ordinarios. O papel do rim é, no emtanto, qualquer que seja o valor pathogenico que se lhe dê, muito interessante no estudo das polyurias, pois como affirma Greene, o facto característico do D. I. idiopathico é a resposta especial dos rins ao augmento da ingestão de Nacl ou de proteínas; nos casos normaes ou nos casos de polyurias symptomaticas havendo augmento da concentração da urina, maior densidade, maior eliminação de solidos, ao passo que no D. I., apezar da maior eliminação de solidos, a densidade não augmenta.

Para certos medicos, o rim desempenha apenas um papel de segunda ordem nesse encadeamento morbido. E' assim que Kenaway e Mottram, estudando o valor das constatações clinicas no problema interessante das relações da funcção hypophysaria com o rim, mostraram o effeito anti-diuretico do extracto pituitario injectado, tanto no homem são, como no que apresenta diabete insipido. Pensam esses auctores que esses factos mostram que a glandula pituitaria, normalmente, regula a secreção urinaria. Outra theoria, tambem eclectica, é a de Sajous, que estudaremos a proposito da theoria hypophysaria.

2.º) **Theoria nervosa** — Ha para Camus e Roussy um verdadeiro centro polyurico encephalico, situado na base do cerebro, na região opto-peduncular e dizem esses médicos que é ao compromettimento desse centro, nas lesões da hypophyse, que se deve attribuir a polyuria. Bechterew e Schäffer affirmam tambem a existencia desse centro. Em novas publicações Camus e Roussy insistem em dizer que o dia-

bete insipido não depende da hypophyse mas que a região immediatamente posterior a esta, no assoalho do 3.º ventriculo, possui o centro que regula o conteúdo, em agua, do organismo e affirmam que a lesão desse ponto, sem lesão hypophysaria, permittiu, em cães, obter a polyuria e a polydipsia.

Edinger e Pende objectam que a secreção hypophysaria subindo pela haste pituitaria, é que irrita esses centros.

Trata-se como se vê de uma theoria mixta, nervosa e endocrínica. Já Claude Bernard havia mostrado que, si num certo ponto do assoalho do 4.º ventriculo, se provoca, o D. saccharino num ponto proximo se determina o D. I. Keeblatt diz que em certos casos nada ha na hypophyse, mas uma irritação chronica do assoalho do 4.º ventriculo. O diabete insipido tem sido encontrado em casos de lesões encephalicas chronicas, principalmente tumores, como no caso de Lépine, em que havia um tumor do thálamo optico. Eckart diz que ha nervos que produzem a polyuria, obtendo esta pela excitação superficial do vermis. 3.º) **Theoria hypophysaria**—E' a mais moderna e a que, incontestavelmente, se apoia em factos de mais peso.

Já Motzfeld (Boston Surgical Journal -916) mostrara que nos individuos normaes o uso da pituitrina diminue a quantidade de urina e lhe augmenta a densidade; Rees, que procurou estudar a questão, experimentando em gatos e caviás, notou apenas uma diurese retardada.

Magnus e Schaeffer verificaram que a injeccção do extracto pituitario traz intensa vaso dilatação renal, com augmento de volume do órgão. Pascual e Marañon affirmam, mesmo, que, em animaes tratados pela pituitrina, lesões renaes muito nitidas existiam. Diversos clinicos, entre os quaes Pagniez e Marañon, mostraram, de modo inconfundível, que a pituitrina faz, nos casos de D. I., baixar a quantidade de urina; a nossa doente é mais uma prova desse effeito therapeutico. Nem todos, porém, reconhecem esta influencia do extracto pituitario sobre a diurese, dizendo mais que os productos expostos á venda com esse nome não merecem fé, e são misturas de

proteoses e talvez peptone com proporções variáveis de substancia activa, como Abel e Pincoff o asseveram. Outros acham que a psychoterapia interveiu nesses resultados. A estes ultimos respondem as experiencias de Schnabel e Gerhard, consignadas no "New York M. Journal", de Junho do corrente anno; esses auctores substituíram no decurso de um tratamento, a injecção de pituitrina por agua e a efficacia desapareceu, mas as melhoras voltaram logo que se restabeleceu o uso da pituitrina. Ha, pois, uma primeira série de factos, que estabelecem a manifesta influencia da pituitrina sobre a diurese, nos casos de diabete insipido; essa influencia é, como bem disse Hoppe-Seyler, um forte argumento em favor da origem hypophysaria do diabete insipido. Essa acção, em alguns doentes, é na opinião de Bergé e Schulmann, puramente symptomatica, pois num caso em que foi a polyuria dominada pela pituitrina, a autopsia revelou 8 lesões gommosas da hypophyse, quasi todas no lóbo posterior (Presse-Médical, 1918 — pg. 618). Esse caso nos leva a considerar uma segunda série de argumentos em favor da theoria hypophysaria, que vimos estudando. Refiro-me ás reiteradas verificações thanatoscópicas de lesões da hypophyse em casos de diabete insipido; citarei, como notáveis os dous casos, de Frank um, de Marañon o outro, em que uma bala alojada na sella turcica, determinou o apparecimento de diabete insipido e, no caso do ultimo auctor, o effeito notavel da pituitrina confirmou a origem hypophysaria. Marañon diz que é tal o numero de lesões hypophysarias encontradas nos casos de D. I. que é justificada a suspeita de que a funcção hypophysaria intervenha na produção de todos os casos desse mal. Ha, ainda, na successão dos factos depoentes da theoria pituitaria, uma terceira série e de valor: é a das verificações clinicas.

Em muitos casos de diabete insipido ha desordens hypophysarias. Já fôra notada a coincidencia da polyuria, com ou sem glycosuria, com a acromegalia.

Na dystrophia adiposogenital a polyuria pôde ser pronunciada; em certos typos de

infantilismo associado a affecção hypophysaria, a polyuria pôde ser notavel (Funk-Progressive Medicine - Junho 1920). Creuzfeld, em 118 casos de acromegalia encontrou 10 de diabete insipido. Outros auctores notam as suas relações com o gigantismo, com o syndrome adiposogenital de Fröhlich, citado etc.

Depois de referir a acção therapeutica da pituitrina, as verificações necrosopicas, as apreciações da clinica, indicaremos ainda a experimentação para a demonstração, que procuramos fazer, da maior idoneidade da theoria hypophysaria.

Cushing, diz que basta a mais ligeira manipulação do lóbo posterior para provocar polyuria, Marañon e outros affirmam que a lesão de hypophyse pôde occasionar polyuria intensa e duravel. Para Greene o compromettimento da hypophyse é constante nos casos de D. I.

Eis, meus senhores, expostas as theorias que dividem os médicos no estudo desse syndrome. Julgámos que todos os dias se fortalece de novas demonstrações, com acquisições fortes, a theoria hypophysaria; passando da experimentação em animaes á clinica humana, á prova therapeutica, ás verificações radiographicas e á verificação anatomopathologica, os argumentos se accumulam em seu favor. Estarão pois resolvidas as difficuldades pathogenicas? oh! não; ellas existem ainda; os factos recentes parecem localisar ahi, nessa pequena glandula, a causa immediata do diabete insipido, mas si, a esse respeito, a unanimidade está longe de existir, outros dissidios se mostram quando, dentro da theoria hypophysaria, os partidarios desta entendem resolver si se trata de hypofuncção ou de hyper ou de dysfuncção. A quasi totalidade dos que tem collimado o assumpto, considera como real a hypofuncção. Nesse sentido militam argumentos de valor; não só as lesões encontradas têm sido, via de regra, de natureza a diminuir ou amesquinhar a funcção, mas, e é este um argumento que julgámos poder ser enfileirado entre os mais sérios, é facto de observação, que o extracto pituitario exerce, nos casos de diabete insipido, o papel de sub-

stitutivo; rara é a cura completa, o mal regride emquanto atacado pela pituitrina, retorna quando cessado o uso desta e, mais ainda, a acção desse extracto se esvâe ao fim de poucas horas e é mistér distribuído a espaços pequenos para que o seu effeito se não disperse.

Na acromegalia, manifestação de hyperfunção do lóbo anterior, a polyuria se explicaria pela compressão do lóbo posterior. A principio se suppunha que, houvesse uma hyperfunção pituitaria como causa da polyuria; é hoje opinião defendida por poucos. Ha, pois, uma dysfunction por "deficit". A hypophyse, como os senhores sabem, é formada de tres partes — a anterior ou glandular, a posterior ou nervosa e a intermediaria; em qual dellas a lesão?

Para Schaeffer é na parte intermediaria que está o poder diuretogenico e diz que a parte posterior é atravessada por um colloide que vem da intermediaria, para alcançar, pela haste pituitaria, o terceiro ventriculo, onde se derrama; diz ainda o mesmo auctor que essa parte intermediaria, que adhire á posterior e, por esse motivo, é com esta estudada em conjuncto,—exerce tambem influencia sobre a pressão arterial e o coração.

Simmonds achou que em muitos casos de D. I. com lesão hypophysaria o tecido secretor da parte intermediaria tinha sido destruido. Jacobus diz que a parte intermediaria tem acção inhibidora sobre o rim, ao passo que a parte anterior é estimulante. Cushing acha que a região do infundibulo secreta um hormonio capaz de promover a diurése.

Pensa Jacobus (D. M. Wochenschrift — 1 - 7 - 20) que para o apparecimento do D. I. talvez seja necessario ao lado da supressão da função inhibidora do lóbo intermediario, a integridade de acção estimulante do lóbo anterior. Para Eisner o lóbo anterior não tem acção sobre a diurése. Parece mais certo que á parte posterior da hypophyse (incluida a camada intermediaria) se deva attribuir, de preferencia, o papel de destaque na determinação da polyuria; é disso uma prova o facto de só ser effizaz o extracto do lóbo poste-

rior, em combater a polyuria: é a opinião de Motzfeld, Marañon, etc. Jacobus e outros acham que o extracto do lóbo posterior contém a secreção da parte intermediaria.

Sajous apresenta uma theoria um pouco complicada, para explicar o papel da hypophyse no diabete insipido. Acha elle que o extracto pituitario, determina contracção das arteriolas da hypophyse, havendo pois menos affluxo sanguineo e, consequentemente, função diminuida; ella excitaria menos os rins que teriam assim a sua actividade diminuida.

Como se sabe, Sajous acha que a hypophyse envia nervos sympathicos ao rim e que a excitação daquella glandula traz polyuria.

Marañon lembra ser possivel que a hypophyse secrete um hormonio que capacite o rim a concentrar urina e que, faltando este, sobrevenha fórte diluição urinaria.

Acha Steiger que o hormonio hypophysario irrita o pneumogastico e, por este, provoca a diurése e diz ser frequente, em taes doentes a vagotonia. Recentemente (Siglo Medico 1919) Marañon e Gutierrez chamaram a attenção para um ponto interessante, quando declararam que o augmento da pressão do liquido cephalo-rachidiano é um factor de polyuria nas lesões de pituitaria, pois em um caso, por elles observado, a excreção urinaria cahiu de 5.600 cc a 3.200 após retirada de 40 cc de liquido cephalo-rachidiano, e, em outro caso, a diminuição foi de 12.000 cc para 8.700 cc.

A esse respeito devemos dizer que, na nossa doentinha, apesar de forte polyuria, não havia hypertensão do liquido cephalo-rachidiano.

Julgamos, bem explanadas que estão as relações do diabete insipido com a hypophyse, que não seria demais expôr, rapidamente, quaes as outras coincidencias morbidas que, a proposito da mesma polyuria vem a clinica surprehendendo.

Uma, desde logo, se impõe, pois, quer nos parecer que no nosso caso, é função desta causa primeira, o disturbio da hypophyse. Referimo-nos á syphilis e, com especialidade, á syphilis hereditaria. Já se ha-

via observado a polyuria em certos casos de syphilis cerebral. Oppenheim e Nonne descreveram a polyuria em casos que apresentavam hemianopsia bitemporal e outros signaes de tumor da região do chiasma, revelando a autopsia lesões específicas. Benario cita 7 casos de diabete insipido em syphiliticos, que apresentavam reacção de Wassermann positiva e que foram curados pela medicação específica. Carnot e Dru-nant observaram casos de syphilis adquirida em que a polyuria apparecia ao lado de outros symptommas pituitarios, como diminuição da visão e eunucoidismo. A syphilis hereditaria assume, por vezes, responsabilidade analoga. Tivemos occasião de alludir ás possiveis relações com o diabete sacharino, quando nos referimos ás experiencias de Claude Bernard. A clinica tem tambem observações no mesmo sentido, assim é que Sajous relata casos de traumatismos craneanos, em que sobreveiu diabete sacharino que, após 2 ou mais mezes, cedeu a vez ao diabete insipido; ha pois connexões entre as duas especies de diabete. Rathery acha mesmo que casos ha que bem podiam servir de transição entre ellas, como se pôde deprehender de algumas observações em que a transformação de uma especie na outra se effectuou.

Haverá alguma relação do D. I. com o pancreas? Mongour e Gentès admittem uma theoria pancreatica do diabete insipido, tendo encontrado, n'um caso, lesões pancreaticas accentuadas.

Sandmeyer e Hedon affirmam que a extirpação incompleta da glandula pancreatica produz a polyuria, sem glycosuria, transformando-se depois em diabete sacharino.

Conhecida como é, a interdependencia das glandulas endocrinicas, não é demais sup-pôr que a função hypophysaria desregrada vá influir sobre outros departamentos do mesmo aparelho endocrinico. Ebstein diz mesmo que o D. I. é pluriglandular.

Schmidt, Ebstein e Strauss assignalaram a coincidencia de diabete insipido com insufficiencia genital, pensando Marañon, que esta, n'esses casos, acompanha o disturbio hypophysario. Quanto á thyroide, cita Benario casos de D. I. com bocio. Schnabel e Gerhardt observaram a coexistencia de

hypothyroidismo. Chvostek, no seu tratado sobre M. de Basedow refere casos coincidentes de D. I. em que attribue este a perturbações hypophysarias. Bandler (New York Med. Journal — Junho 1920) procura mostrar o antagonismo de acção entre o lóbo posterior da hypophyse e a thyroide.

Quanto ás relações do D. I. com as molestias infecciosas, releva notar o facto de certas meningites da base serem acompanhadas de polyuria e phenomenos pituitarios; Sajous pensa que, nas creanças, o D. I. succede a uma infecção em 10% dos casos.

Foerster (Munich Med. Wochenschrift 1920) observou um doente com meningite serosa consecutiva a uma sinusite, em que sobreveiu D. I.; nesse caso a punção lombar diminuia a polyuria e augmentava a cephaléa. A pituitrina deu bom resultado; o extracto total da hypophyse nenhum.

Em Junho do corrente anno, na Sociedade Medica dos Hospitais de Paris, os Drs. Marcel Briand e Rouquier citaram um caso de encephalite lethargica acompanhado de diabete insipido, convindo notar, a este respeito, que, na mesma época, Bandler, em New York, considera o comprometimento da hypophyse como a forma mais leve da referida encephalite.

— A leitura da observação d'essa doentinha diversos commentarios desperta. A somnolencia, a hypotensão, a cephaléa frontal, as dôres oculares, a polyuria, a obesidade, a largura e o achatamento dos incisivos superiores, são signaes incontestes de disturbio pituitario; os dedos afilados, lisos, as unhas polidas, brilhantes, o tremor, nos levam a pensar que uma dysthyroidia exista tambem no caso, o que não nos deve causar admiração, pois são conhecidas as relações, synergicas umas vezes, antagonicas outras entre a thyroide e o lóbo posterior da hypophyse. A pequena é uma heredosyphilitica; não só as informações a esse respeito decisivas, de sua mãe, já o mostravam, mas os exames de laboratorio nol-o fazem admittir: ao lado de um W, no sangue, positivo, ha lymphocytose rachidiana com reacção de Nonne positiva, embora fraca.

A syphilis, sacrificando glandulas endo-

crônicas, compromete a organização estática e funcional da criança. N'este ponto estamos de pleno accordo com as idéas do nosso illustrado collega Prof. Nonohay, expendidas a proposito, das dystrophias, na sua tão ousada, quão brilhante, dissertação sobre: syphilis e glandulas endocrínicas.

Outras questões e que entendem com o metabolismo dos albuminoides fluctuam no decurso da observação que estudamos. Os senhores observaram a notavel cifra de creatinina encontrada por 2 vezes, e com mezes de intervallo no sangue da paciente. Em 1/4/20 encontrava-se 25 mgr. 69 %, em 23/6/20 — 24 mgr. 4 % e si da segunda vez havia retenção contemporanea de uréa (0,872 no sangue e 8 gr. por 24 h. na urina) da primeira feita a uréa sanguínea orçava por 0,38 por litro.

Dada a notavel importancia que os auctores americanos emprestam á creatininemia como indice de grande deficit renal, pois é a creatinina, dos destroços da albumina, aquelle que mais facil passagem encontra no rim, — comprehende-se como será interessante explicar essa enorme cifra.

Sabendo-se de outro lado que, muitas vezes um diabete insipido tem sido confundido com uma nephrite chronica azotemica, dada a polyuria frequente d'esta, — alcança-se desde logo a importancia que, em tal caso, teria a interpretação prognostica da cifra de creatinina, pois, feito o diagnostico de nephrite chronica, tal quantidade de creatinina, indicaria uma gravissima insufficiencia renal, com desfecho proximo.

Não é facil, porém, penetrar no intimo d'esse problema de physiopathologia, tão obscuros, falhos e discordantes, são os elementos que andam dispersos, sobre o metabolismo da creatinina, na parca bibliographia que, a esse respeito se encontra.

Tentemos, no emtanto, tendo em mãos os poucos dados certos que existem, — vascularizar o assumpto, tão interessante sob o ponto de vista scientifico, quanto cheio de promessas para o futuro entendimento do metabolismo organico.

Não ha aqui razão de abordar o estudo da creatina, porque esta provém, em grande parte, dos alimentos; occupar-nos-hemos do seu anhydrido — a creatinina que tem

uma origem principalmente endogena e se equilibra em nivel mais estavel que o da creatina. Apenas citaremos o "quantum" de creatinina urinaria — 0,47 — encontrado, pois o que nos interessa é, sem duvida, a creatininemia. De accordo com as idéas mais modernas a creatinina é um producto da desassimilação azotada endogena e que, portanto, deve a sua produção augmentar quando impulsionado o desdobraimento dos albuminoides e deve decrescer quando este se entorpece.

O tecido muscular é o que contém maior quantidade de creatinina, seguindo-se o cerebro, figado, rim, etc.

Pensam alguns que os musculos formam creatina e que, só secundariamente, é esta transformada em creatinina no figado. Aham outros que a creatina decorrente da autolyse de tecidos, como musculos, rins, etc. e a creatinina resultante da deshydratação da primeira, são destruidas por duas bases: — creatase e creatinase; não admittem essa opinião os experimentadores que observaram o apparecimento na urina, de 80 % da creatinina injectada.

Como se vê, grande desaccordo ainda persiste na interpretação do cyclo creatina-creatinina.

Barker acha que, devido á sua origem principalmente endogena e á sua constancia numa dada pessoa, a creatinina é o indice da somma de todo o metabolismo endogeno; não querem, porém, todos acceitar essa opinião, pois pensam ser a creatinina apenas a expressão do catabolismo muscular. O estudo da creatinina é um capitulo que apenas se acha entreaberto.

Em face da enormissima cifra de creatinina sanguínea que vem apresentando esta doentinha, devemos passar em revista as causas determinantes das oscillações da creatininemia.

O diabete sacharino é citado, por Guy Laroche, como podendo apresentar um certo augmento da creatinina no sangue; para Lampert e outros auctores esse augmento se verifica nos casos graves quando ha acidose.

Acha Barker que em casos de congestão chronica do rim póde haver alteração da eliminação de creatinina. Hewlett nos diz

que a elevação da creatinina significa aumento nas retenções azotadas e dá como causas determinantes daquella:

- 1) o exaggero das destruições protêicas;
- 2) a deshydratação notavel do individuo;
- 3) um deficit renal.

Mosenthal acha que essas tres causas se reduzem a uma — a renal, porque se o rim fôr sufficiente, conseguirá equilibrar a cifra de creatinina. Chase e Meyers dizem que o augmento da creatinina no sangue, é signal de sério comprometimento renal. Meyers e Killian são do mesmo pensar, pois affirmam ser a creatinina o melhor indicador da deficiencia renal, porque sua origem é, em rigor, endogena, ao passo que a uréa varia com a alimentação. Esses autores acham mesmo que a creatinina dá nascimento, no organismo, a um toxico — a methylguanidina e asseveram que ella só é retida depois de haver consideravel retenção de uréa e acido urico.

Essas idéas, talvez exactas, no que diz respeito a nephrites chronicas, não tem o mesmo valor fóra desse caso, pois que, se após uma dieta em que é feita exclusão de albuminoides, a creatinina se mantém no mesmo nivel, a uréa diminue, resaltando desse facto a possivel discordancia nas curvas das duas retenções.

Deante das affirmações tão formaes, que querem seja a creatininemia uma revelação de uma deficiencia renal, tanto mais notavel quanto maior a cifra encontrada e apresentando a nossa doente 25 milligr. não seremos forçados a admittir a existencia, neste caso, de uma accentuada insufficiencia renal? Está claro que assim seria si fosse o elemento renal o unico a intervir nesse intrincado metabolismo; si o fosse, o prognostico seria, de accordo com o que está estabelecido nas nephrites, irremediavel e rapidamente fatal.

Não o é, porém. Antes de correr os escaninhos da questão, lancemos um olhar para as relações que, com o metabolismo dos hydratos de carbono e do acido oxalico, mantém a creatinina.

Já Von Norden fez notar a importancia do estudo desta substancia, no diabete e Mendel e Rose fazem ver que haverá tanto

mais creatinina quanto mais pobre fôr o regimen em hydrocarbonados; Goodhard affirma que quando ella augmenta, no diabetico, a administração de hydratos de carbono a reduz.

Outros factos mostram quanto é de difficil comprehensão essa relação metabolica: Goodhard em myopathias primitivas, com notavel atrophia, observou hypo-creatininemia e hypoglycemia.

A injeção de adrenalina que, em taes casos, augmenta a glycose, soergue tambem a creatinina.

Rathery, Lambling e outros fazem vêr que toda a perturbação do equilibrio hydrocarbonado modifica a cifra de creatinina e, provavelmente a da creatinina.

Uma palavra sobre as relações com o acido oxalico, é necessaria, pois a nossa doente apresenta oxaluria (0,676). French affirma que entre os factores endogenos da producção de acido oxalico está a creatinina. Quanto ao acido urico, no caso, devemos dizer que é boa a eliminacão (1,261 gr.) e que a cifra sanguinea é normal, o que mostra boa permeabilidade renal, pois os estudos modernissimos de Bauman, Haussmann e outros mostraram que a retenção urica é a primeira a se fazer num rim que periclita, pois é o acido urico o que mais difficilmente atravessa o rim, constituindo dest'arte a sua retenção a mais delicada prova de deficiencia renal.

Levantemos agora o véu que ainda nos cobre a interpretação da creatinina no nosso caso. Tanto é estudar o metabolismo da creatinina á luz das modernas conquistas endocrinologicas. Apanhemos, aqui e acolá, factos clinicos, experiencias varias que, concatenadas, submettidas á confrontação, nos levarão á convicção de que é nesse escaninho que se poderá vislumbrar a verdade ou uma parte desta.

Vejamos si já havia sido notada relação da producção de creatina e creatinina com as epochas da vida caracterisadas por incidentes endocronicos.

Lambling nos affirma que as substancias creatinicas estão em relação com a vida genital da mulher; que a creatina é augmentada na urina após a menstruação e póde em seguida desaparecer completa-

mente. Segundo Hedley, Wakulenko, etc., ella é augmentada durante a gravidez e após o parto. A creatinuria persiste na menina até o momento da puberdade. (Krause).

Goodhard affirma existir relação entre a função endocrínica e a excreção das substancias creatínicas.

Procuramos, pois, mais directamente qual a influencia das perturbações endocrínicas. No mal de Basedow, na myotonia congenita, na myosthenia grave, na dystrophia muscular ha diminuição da creatinina urinaria.

Já citamos a influencia do diabete grave.

A lesão das suprarenaes, nos coelhos, acarreta diminuição de creatinina: a injeção de adrenalina a augmenta; J. Ch. Roux e Taillandier affirmam que a ablação das suprarenaes augmenta a creatinina.

Agindo o extracto hypophysario sobre os musculos lisos e estando a creatinina tão dependente do tecido muscular, bem se vê a influencia que pôde ter; tanto mais que Goodhard pôde observar augmento de creatinina pela injeção do extracto pituitario. O extracto thyreoideo não tem acção a esse respeito. Expostos assim os elementos da questão, resalta a influencia manifesta das secreções internas sobre a cifra da creatinina.

Como interpretar essa influencia no nosso caso?

Será esta creatininemia devida ao uso de pituitrina ou será ella condicionada pelo disturbio hypophysario? Neste ultimo caso se deveria estudar-a daqui por diante nas perturbações hypophysarias; no primeiro caso, seria util tambem estudar a curva da creatinina nas parturientes que fazem uso de pituitrina e nas pessoas que a empregam para combater a prisão de ventre.

Com o intuito de esclarecer essa questão resolvemos submeter a paciente a duas experiencias que, si forem concordantes, muito nos ajudarão a esclarecer o disturbio que, de um modo tão notavel, esta doentinha nos apresenta. Privámos, durante 20 dias, de extracto pituitario a nossa doente e o resultado do exame feito agora é o seguinte: (8 de Setembro de 1920), no sangue:

Uréa — 1,71 por litro;

Creatinina — 0,002 por cento;

Assucar — 0,05 por cento.

Que concluir dahi? Nota-se que, após a privação da pituitrina, sua cifra de creatinina cahiu de 25 a 2 milligrammos.

Nota-se mais que essa quêda de creatinina, coincide com uma grande elevação de uréa, o que é de causar estranheza, fazendo pensar que a retenção de creatinina no caso é devida a uma causa muito outra que a da retenção da uréa.

Isso tambem nos leva a pensar que o uso de pituitrina não é extranho ao augmento de creatinina e isto por dous motivos mais — as relações da creatinina com o systema muscular e a acção sobre este da pituitrina.

Não nos damos, entretanto, por satisfeitos e faremos o que se pôde chamar a contra prova, submettendo novamente esta doente, em seu beneficio, aliás, a fortes doses de extracto pituitario e analysando frequentemente seu sangue, para surprehender as modificações que, no ponto de vista da cifra de creatinina, fôr apresentando. São curiosas as oscillações catabolicas que este caso nos apresenta. Assim: num exame de urinas feito em 19 de Março, para um total de 10 litros, a eliminação ureica em 24 horas, era superior á normal (30,0), assim como o era a eliminação urica (1.512); o azoto total era quasi o dobro do normal (25,30); a dos phosphatos, e principalmente a dos chloruretos muito diminuida (4,68 de chlorureto e 0,178 de phosphatos). Nessa occasião a densidade era de 1002,5 e havia traços leves de albumina. Quando do exame completo, de 25 de Maio, a quantidade baixára a 7 litros e a densidade se alçara a 1004,3. A eliminação em azoto total igualava á normal, a uréa baixava a 10,5, a eliminação urica era o dobro da normal, a dos phosphatos tendia a normalisar-se e a dos chloruretos alcançava quasi o duplo da normal; duplicada tambem a eliminação ammoniacal. Mais para diante uma occasião houve, em Junho, em que, sendo a quantidade de 8 litros, havia eliminação apenas de 8 grs. de uréa em 24 horas, ao tempo em que a azotemia alcançava 0,872; embora com 7 litros em

Abril, a uréa sanguínea fosse apenas de 0,38. Foi em Junho que, se mantendo a creatinina sanguínea em 24,4 milligr. a creatinina urinaria era de 0,470.

Já a 4 de Agosto, para uma quantidade de 6 ½ litros, a uréa eliminada ia a 13.991 e o acido urico a 1,261, baixando os chloruretos a 3.047. Mistér é dizer que a alimentação da doente permaneceu a mesma, mais ou menos, durante esse periodo.

Releva notar que havia uma certa hyperglycemia (0,145 cent. %) sem haver glycosuria nos primeiros exames feitos; no ultimo, a 8 de Setembro, hypoglycemia manifesta (0,05 cent. %).

Nesse mesmo exame ha a contradicção flagrante da elevação notavel de uréa com o decrescimento consideravel de creatinina, pondo em rútilo destaque a dissociação do metabolismo.

As salpingites baixas dolorosas — Dr. Tasso Asteriades.

(La Grèce Médicale — Agosto 1920)

As salpingites baixas occupam francamente o fundo de sacco de Douglas, em contacto com a face posterior do utero. Seu symptoma capital é a dôr que, pela sua séde e fórma, intensidade e consistencia, mais nitida e accentuada que em qualquer outro estado inflammatorio do apparatus utero-annexial, nas retroversões ou retroflexões uterinas, representa um dado de grande valor pratico para o diagnostico. Por isso o A. propõe denominar-as de *salpingites baixas dolorosas*.

Em sua communicacão nos refere 6 casos que lhe foram dados observar como assistente da clinica Gyynecologica do Prof. Faure, e faz rapidas considerações a respeito do diagnostico differencial desta affecção e de seu tratamento.

J. L. A.

16 de Setembro de 1920 — Anno I, N.º 15

DEFICIENCIA MENTAL NOS ESCOLARES. — Dr. J. P. Fontenelle.

O A. refere o resultado de suas investigações durante os ultimos tres annos sobre a avaliação da intelligencia dos escolares e para o que se serviu de uma "escala de pontos" por elle organizada e que assenta sobre os "padrões" de Binet e Simon. A transforma-

ção desses padrões, que são fixos, em escala de pontos, permite ao observador, como faz considerar Fontenelle, a obtenção de resultados mais precisos e completos que os até hoje obtidos. Em seu trabalho, que é bastante interessante, o A. nos apresenta as médias da capacidade intellectual obtidas no Rio, Realengo e Bangú em 200 crianças dentro dos limites de idade de 3 a 15 annos.

J. L. A.

1.º de Outubro de 1920 — Anno I, N.º 16

A PROPOSITO DE UM CASO DE DYSTOCIA ANNULAR.—Dr. Octavio de Souza.

E' o caso de uma mulher multigesta e multipara, de bacia quasi normal (11 e de CA) que, em trabalho de um parto que parecia natural, apresenta subitamente, após uma injeccão de um oxytoxico, uma contractura do anel de Bandl que provoca a parada immediata do trabalho. Uma injeccão de pantopon e a anestesia pelo ether não conseguiram o relaxamento da contractura. O exame feito então verifica que o relevo do anel de Bandl estava disposto sobre o pescoço do feto, adiante de um dos hombros.

Na fallencia dos meios medicos o A. propõe a operacão cesareana, unica intervenção indicada no caso, como o demonstra, e obtem o mais lisongeiro dos resultados tanto para o feto como para a paciente.

J. L. A.

Despertar intellectual da criança e futuros neuropathas ⁽¹⁾

Prof. Raul Moreira

Não duvidareis, de certo, que o titulo dado a esta palestra constitue assumpto de constante actualidade, n'uma tendencia de aperfeiçoamento, pois quero mostrar-vos o desabrochar e certas manifestações morbidas do psychismo daquelles a quem devemos abrir os braços, hoje para o nosso carinho, amanhã para o nosso orgulho.

Depara-se-nos, porém, ao considerar a materia, evidente complexidade.

Mas, deste problema, cheio de impecilhos, vem-nos utilidade crescente, que emana da sua comprehensão, pois, conhecido o desvio da normalidade, o combate, mais precocemente iniciado, ha de ser capaz de destruir, com efficacia, o tormento das neuropathias do adulto.

Si as reacções do systema nervoso não são violentas, passam, em geral, despercebidas, no seio das famílias.

No mais, cuida-se de tudo: indicio leve de febre, choro mais prolongado, prostração que se accentúa, trazem em sobresalto a solicitude vigilante dos paes, e o temor se installa no lar tranquillo!

Cuida-se de tudo, mas só ao esboroar-se a serenidade materna, com o surgir de terrível convulsão, é que vêm, pela vez primeira, as meditações sobre o futuro individuo: um infeliz epileptico, um martyrisado neurasthenico...

Por isso, não convenhamos absurda a idéa de que a educação deve ser iniciada no berço. As primeiras duvidas sobre as reacções nervosas do lactente devem-nos collocar de sobreaviso, a considerar a anormalidade perigosa para o homem de amanhã.

Procuremos conhecer os primitivos signaes da vida intellectual, para conclusões exactas sobre a constituição da individualidade consciente.

Não só ao pedagogo, mas tambem ao medico está reservado o papel de educar a infancia, pois que deve conhecer essa synthese de personalidade, a qual se attribue a qualidade de ser humano.

Convem saber melhorar e reformar as reacções incessantes do psychismo em evolução, para corrigir o que se demonstre improprio ou inconveniente.

Eis porque, judiciosamente, exclama Aloysio de Castro, ao estudar a hysteria na infancia:

"Ao medico, a quem aqui tambem se devem conferir funcções de pedagogo, incumbe impedir a germinação e consequente desenvolvimento da semente, representada na hypothese pela suggestão omnimoda e multiforme a que, no seio das familias mal precatadas, se submete o predisposto neuropatha."

Porque, senhores, falando em these, a criança nasce, em geral, má. "Eu vi, disse Santo Agostinho, uma criança nervosa, alegre, ainda não sabia falar, e com o rosto pallido, olhos de irritado, a olhar para outra que estava perto della."

Mas é como a cêra a alma das crianças: molle, maleavel aos influxos da educação.

Sem que se fale do recém-nado que, por não possuir fórmulas explicitas e definidas de reacções psychicas ainda não é adaptado á vida, sabemos comtudo continuar a criança, nos primeiros mezes e annos da existencia, na sua especie de invalidez, por nella não existir a accommodação consciente, quer individual, quer socialisada.

Resultante disso é que nós, inevitavelmente, quer por indole, quer por bondade, quer por necessidade, devemos dispensar ao infante a solicitude dada ao enfermo, e

(1) Conferencia feita na "Sociedade de Medicina de Porto Alegre", em 3 de Setembro de 1920.

então, para elle, sejamos amparo, sejamos guia, sejamos assistencia...

Ao nascer, a criança é um equivalente dos seres irracionaes, pois que carece da lucidez da consciencia.

Não é ainda commovida, faltam-lhe o prazer e a dôr, não tem sensações, emfim.

O desvendar, por isso, dos primeiros phenomenos de sua evolução psychica é sciencia de muito observar, de muito deduzir, para que se consiga arrancar pontos claros de tão grande escuridão!

Torna-se excepcional a paciencia de Preyer que, durante tres annos, á mesma hora e tres vezes em cada dia, estudava os signaes evolutivos da intelligencia de seu filho.

O recém-nascido é organismo sobre o qual o cerebro, no estado rudimentar, não estendeu ainda a sua actividade.

O mais interessante, porém, das sombras da psychologia infantil é o sabermos que a criança nasce, sob o ponto de vista psychico, inteiramente nua, inteiramente desherdada daquillo que possuem os outros animaes e, no emtanto, vae alcançar um nivel intellectual superior a qualquer um delles.

Trazem todos os seres vivos, em sua organização physiologica, uma adaptação hereditaria e somatica, emquanto que o homem se revela pela adaptação intelligente, consciente e, sobretudo, pessoal.

Poderemos falar, por ventura, em psychologia intra-uterina?! Parece-nos, ao primeiro abordo, verdadeiro absurdo! Sem embargo, ensaiaram-na alguns autores, mas, — perguntemos, — que attenção se lhe pôde dedicar, quando se nos antolha tão grande difficuldade na analyse da psychologia dos primeiros dias e mezes da vida, por conseguinte quando o infante já não pertence á vida intra-uterina?

Na expressão feliz de Virchow, o recém-nascido é um ser espinhal. Nelle, e emquanto lactente, predominam funcções medullares, maximé antes de um anno, para vermos, após essa idade, o desmembramento progressivo das qualidades primitivas e a aquisição, embora lenta, das faculdades psychicas.

Quando a criança attinge a idade de 3 annos e mais, suas propriedades reflexas equivalem-se ás do adulto, e ahi se nota o avanço rapido na perfeição do psychismo.

André Collin e Mad.¹¹e Godet dividem os estados neuropsychiatricos do nascimento a tres annos, em 3 periodos, assim discriminados:

- 1) **Primeiro periodo**, até á idade de 7 mezes, mais ou menos, onde se vêem:
 - a) a desaparição progressiva dos signaes neurologicos do nascer;
 - b) a aquisição das funcções mentaes, muito enfraquecidas.
- 2) **Segundo periodo**, de 7 mezes a 2 annos e alguns mezes, havendo:
 - a) estado psycho-neuro-muscular especial;
 - b) riqueza e diversidade das aquisições psychicas e motoras.
- 3) **Terceiro periodo**, de 2 annos e alguns mezes a 3 annos, onde se evidenciam:
 - a) desmembramento dos signaes neurologicos, seguindo modalidades diferentes, tendo significações proprias;
 - b) aquisições intellectuaes, sentimentaes, desenho dos caracteres e das aptidões.

Ante a enormidade do assumpto, comprehendendo-se a obrigação de tratá-lo, da maneira mais synthetica possível. Nem falarei, por isso, dos reflexos sensitivos e tendinosos, no estudo dos quaes avultam pesquisas de autores nossos, em cuja vanguarda se collocam Fernandes Figueira e Austregesilo, visto desvirtuar o fim da dissertação, onde procuro estudar o evoluer da personalidade e o modo desta reagir.

Afóra systematisações relativas a reflexos vegetativos, traz a criança, na organização hereditaria, o caracteristico de suas tendencias, quer geraes, sympathicas e egoistas, quer de familia, de raça e de nacionalidade.

São seus primeiros reflexos os gritos e os movimentos, tomando saliencia, entre estes, o de sucção, acto difficil, por certo, de distinguir entre o reflexo e o instinto, tal a ausencia da constituição do aparelho cerebral, onde nada se poderá ainda fixar em systematisações nervosas.

E como o pequenino, assim, é um automato, não nos admiremos a vêr a espontaneidade com que repete essa acção, cada vez que se o colloque ao seio materno, ou á bocca se lhe apresente o bico da mamadeira.

Si encararmos mais de perto o estado dos sentidos da criança, deparam-se-nos factos interessantes, polymorphismos, a tocar as raias do curioso.

Nascendo cego e nascendo surdo, o pequenito, a agitar-se, automaticamente, no berço, em sua entrada no mundo, não reage, em consequencia, aos influxos, seja de uma luz intensa, seja de um som agudo.

Desapparecido um estrabismo physiologico, pelo facto da criança olhar os objectos muito approximados, no decimo dia, mais ou menos, o olhar se lhe torna determinado, fixo para um ponto luminoso, e do segundo ao terceiro mez, quando a cabeça se lhe firma, dirige os olhos na direcção da voz humana.

No quarto ou quinto dia, totalmente se esvae a surdez, e o pequeninho faz movimentos de pestanejar, por exemplo, á excitação de rumor mais intenso.

Tive occasião de assistir a interessantes pesquisas de Fernandes Figueira, na Polyclinica de Crianças, do Rio, onde elle inquiria a percepção das côres, por meio de pequenos novellos de lã, e, dê accordo com Joy Jeffers, conclúe ser essa particularidade mais precoce nas meninas.

No que toca ao olfacto, vós todos o tendes visto, que, ao lactente dos primeiros dias e mesmo dos primeiros mezes, pôde-se apresentar uma flôr e elle se ha de contentar em olhal-a, si as côres são vivas e agradaveis, leval-a, após, á bocca, mas si a approximarmos das narinas, nota-se-lhe a ausencia total do prazer.

Tal não se dá com os cheiros desagradaveis, para os quaes a criança manifesta decidida repulsão.

O paladar segue a marcha do olfacto.

E assim quasi todos chorámos, quando da occasião do baptismo, nos collocaram sal na ponta da lingua, e agarrámos, ao contrario, com avidéz, tudo aquillo que nos deram salpicado de assucar...

E si não foi o carinho de nossos paes, foi talvez a presença das cousas dôces que nos fez esboçar o primeiro sorriso, tão anciosamente esperado pelas mães, na sua eterna vigilia.

Aflorando os labios, apparece nas proximidades do quarto ou quinto mez; entre o setimo e o oitavo, é que se torna verdadeiramente franco, largo, espontaneo, sorriso que imita o daquelles que, alegres e bons, approximam-se do leite, onde jaz o pequeno herdeiro...

Para nós, medicos, este sorriso não é intencional, mas resultado da contracção inconsciente de musculos faciaes, e para os poetas é dos mais delicados instantes do despertar de uma vida. Por isso, Rabin-dranath Tagore, com commoção, o resume:

“O sorriso que brinca nos labios da criança que dorme — sabe alguém onde elle nasceu? Sim. Conta-se que nasceu, no encanto de uma manhã de orvalho, do toque de um raio da lua numa nuvem de outomno que se esgarçava — o sorriso que esvoaça nos labios da criança que dorme.”

Mas, entre os sentidos, surge mais precocemente o do tacto. Os reflexos, os movimentos automaticos dos primeiros instantes da vida extra-uterina são provocados pela exaltação deste sentido. E é sobretudo na lingua que suas impressões são mais vivas, a ponto de tel-a sempre fóra da bocca, todas as vezes que se lhe apresenta qualquer objecto, porque desperta o reflexo da sucção. E é precisamente á perpetuidade desse instincto que se deve a mania de certas crianças chuparem no dedo, persistindo além até á idade adulta.

Ah! a multidão de singularidades que nos apresenta a evolução psychica da criança!

Não são sómente suas forças physicas, seus movimentos que permanecem, por tanto tempo, inhabeis, mas ainda, e principalmente, seus actos intellectuaes.

Como é difficil decidir o instante onde se inicia a vida consciente de um individuo humano! Terminada a myelinisação dos axonios corticaes, nascida a acção inhibitoria do cerebro, a intelligencia irrompe, fremente, soffrega! O infante des-

cobre, a pouco e pouco, a existencia de seu proprio corpo. Naturalmente, pela situação que occupam, são as mãos que começa a olhar, antes de tudo. E as explora, pelos labios e pela lingua, visto que, desde os primeiros dias, põe o dedo na bocca, para sugar.

Analysa, depois, associando solidamente, a sensação que acompanha o movimento das mãos e a vista deste movimento. Dest'arte, paulatinamente, começa a observar os pés, seu corpo todo e a acompanhar os objectos com os olhos e — seja-me permittida a imagem — parece o cão a girar, em torno de si mesmo, á procura de sua cauda. E deste modo, as manifestações externas entram no terreno da analyse psychica, na propria consciencia, por sensação verdadeira.

Por isso, affirma Bomfim: "E cada criança repete, no limite das suas possibilidades mentaes, esse mesmo esforço de interpretação harmonica do universo, que as intelligencias de escól tentam realisar de modo completo, nos systemas scientificos e philosophicos, tanto é certo que cada individuo refaz abreviadamente a marcha geral da evolução da especie."

E então se estabelecem o habito e a memoria, caracterizados pelos actos de imitação.

O habito, sua maior directriz, nos é exemplificado pela regularidade com que reclama o alimento a hora certa, de duas em duas, de tres em tres horas, sendo auxiliado, bem se vê, pela educação.

A memoria, fôrma superior da vida, começa a se precisar nos limites e a partir de dois annos.

Os actos de imitação architectam o encanto dos paes e das pessoas achegadas do lactente, apparecendo de doze a dezoito mezes, em alguns, mesmo, muito antes.

Assim conheço uma menina que, com seis mezes, procurava esconder a cabeça com um lenço, em cujas pontas segurava, e a cada uma dessas mudanças, delineava um sorriso. Outra que, com onze mezes, si lhe perguntavam que tal era a vida, respondia com gesto expressivo de mão, como a dizer: "Assim... assim!" Outra ainda, de um anno de idade, conhecia pessoas da

familia e de sua convivencia, pelo penteado, a ponto de caracterisal-as por figuras que via em jornaes, desde que tivessem cabelleiras semelhantes.

E como a linguagem tambem se installa nessa idade, é commum o repetir palavras, nomes de pessoas, de objectos, etc.... sendo, naturalmente, as primeiras: maman, papá!...

Linda criança de um anno de idade, deixou-me, ha dias, surpreso, ao ouvil-a cantar os primeiros vocabulos de uma canção popular em voga, quando se lhe trouxe diante do piano...

Derivada da imitação, estabelece-se o seu corollario, por assim dizer, a imaginação.

De accordo com suas tendencias, esta, tornada perfeitamente intelligente, voluntaria, a criança inicia a producção dos actos, inventando, escolhendo, procurando, mórmente quando entregue aos brinquedos e aos jogos.

Verificam-se, após, as commoções e o medo, sentimento introduzido pela educação, com contos phantasticos, de fadas fataes e genios maus, e ao qual muito se liga a questão dos pesadelos, de que falarei mais tarde.

Sabe-se serem os objectos de ira, de satisfação, de temor, capazes de manifestar no homem mudanças caracteristicas, a determinar, precisamente, o fundo da commoção.

Desenham-se alterações varias na physionomia, nas attitudes e, de maneira intensa, irrompem perturbações da respiração, da circulação e de outras funcções organicas.

A partir da idade de tres annos, essa aurora do pensamento exteriorisa-se por perguntas interminaveis, por curiosidade crescente, para o que, muitas vezes, em pequenos mais intelligentes, com herança nervosa, vimo-nos embaraçados a encontrar a respectiva resposta.

E' que as systematisações em evolução da mentalidade infantil procuram, apenas, particularidades.

Momento decisivo da aquisição das idéas, nelle, rigorosamente, deve estribar-se o educador, com pericia e solicitude, para que não veja desmornar-se, n'um momento, o edificio construido pela sua von-

tade. E indagam das cousas os nomes, as propriedades, suas causas e efeitos. E acceitam, depois, a primeira explicação que lhes damos dos objectos, das pessoas, das palavras...

E como que, logicamente, respondem, de character, ás vezes, impressionante.

Lembro-me muito bem de uma noite em que, conversando com illustrado collega e professor de nossa Faculdade, em seu gabinete, por elle entra, inopinadamente, sua filhinha que, nessa epocha, contava 3 annos e meio de idade, e indo direito ao pae, atira-lhe a interrogação: "Papae, o que é o infinito?" Compreende-se o assombro quasi em que nos deixou tal inquirição! Procurou o pae termos simples, singelos, capazes de definir-lhe a transcendental pergunta, e rematou: "E' uma cousa que não tem fim." Acceitou a filha a definição e concluiu: "Pois eu quero o papae, como daqui ao infinito!"...

De uma outra sei que, com 3 annos de idade, insistentemente, indagava de quem era o busto, collocado em cima de uma escrivaninha. Explicaram-lhe: "E' de Dante, um grande poeta." Reteve a resposta, e, um dia, encontraram-na a pôr papeis de cartas na frente do immortal obreiro da "Divina Comedia". "O que estás fazendo?" E ella replicou: "Estava escrevendo carta pr'o Dante..." Chega, depois, um amigo da casa e dizem-lhe que era um poeta. E ella, immediatamente, indaga: "Então este que é o Dante?"...

Fernandes Figueira relata o seguinte facto:

"Entre as interrogações de uma menina de cinco annos, com herança nervosa e filha de paes intelligentes, nós consignamos as seguintes: "O que é a alma? O que é a lua?" E tendo deixado seu pae esta ultima pergunta sem resposta, a criança proseguiu: "Para mim, creio que a lua é um pedaço de espelho que está suspenso no céu e virado para nós"...

William James nos conta:

"Um de meus parentes, ensaiando mostrar a uma filhinha o que se entende por "voz passiva", havia-lhe dito:

— "Faça de conta que você me mata.

Você que me matou é a voz activa e eu que morri, a voz passiva."

— "Mas como pôde você falar si morreu?" — obtemperou a pequena.

— "Está bem, imagine que eu não morri de todo."

No dia seguinte, é a criança arguida em classe. Pedem-lhe explicar o que seja voz passiva. E ella de prompto:

— "E' a voz de uma pessoa que não está de todo morta."

Em resumo, meus senhores, visto que seria abusar de vossa captivante indulgencia, termino o complexo capitulo do evolver da personalidade, com as conclusões de Bomfim:

"I) Ha um periodo de terminal organisação anatomica do apparelho cerebral, sob a influencia das excitações oriundas do meio; e, então —

II) constituido inteiramente o cortex cerebral, manifesta-se vivamente a imitação expontanea; accusa-se uma forte tendencia a conhecer e ordenar os factos, e uma intuitiva confiança na sequencia logica; donde, como que —

III) uma intima necessidade de generalisar e concluir: para agir, para realizar um fim — fazendo ou desfazendo; e a criança constróe, mesmo destruindo, pois será sempre uma obra; donde —

IV) uma fórmula de conhecer que é — combatividade, aggressão, confiança no poder constructor; donde —

V) um certo amor proprio, uma geral vaidade, desejo de vencer as difficuldades, e receio de ser vencido; donde —

VI) desconfiança dos conhecimentos pessoais, em vista dos desastres; viva decepção de ter errado, e, com isto, o reconhecer a superioridade da experiencia alheia;

VII) observação e apreciação da actividade das outras pessoas; tendencia a recorrer á experiencia alheia, e a aprender; donde —

VIII) amor da approvação, desejo de conquistar a opinião dos outros; donde —

IX) esforço para conter e refrear, nos proprios actos, tudo que possa indispor os animos e alienar sympathias; donde —

X) a direcção da conducta, o *contrôle* de

actividade, e a conquista da vontade, completando a personalidade.”

Mas essa passagem do inconsciente ao consciente, mas esse novello de fios ténues, emmaranhados, que arriscamos de re-de rebentar a todo o momento, mas que depois se desprende, insensivelmente, si a elle prestamos attenção, nem sempre apresenta as modalidades, os pontos particulares que acabo de descrever.

E, com cuidado, vamos reconhecendo a vocação intellectual da criança e as anomalias, a constituir o futuro neuropathia.

Claro se deduz que não vou tratar da hystéria, da neurasthenia, da psychasthenia, etc. nos symptomas interessantes que as envolvem, mesmo por não ser a infancia que deixa vêr o desenho nitido e acabado das psychoneuroses. E' mesmo em casos excepcionaes, que nos é dado observar o quadro completo dellas, nessa epocha da vida.

E' meu intento elucidar-vos, si para isso fôr capaz, sobre seus signaes precoces, em individuos predispostos a disturbios relevantes de constituição neuropathia ou psychopathia. São aquelles a quem Fouillée, na classificação dos temperamentos e dos caracteres, chamou de *temperamento sensitivo de reacção intensa* ou *typo nervoso*, e que, já nos primeiros mezes, com a eclosão de reacções anormaes do systema nervoso, e, mais tarde, ao installar-se da personalidade, apresentam signaes, a decidirem o ente futuro.

Nos primordios da existencia, Fernandes Figueira os resume:

“O psychopathia mamuja, interrompe o tempo de se nutrir, não se contenta com os intervallos entre as mamaduras, tem somnos intercadentes, grita por cenesthesia, sente afinal ao iniciar o itinerario o enfado irritante do neurasthenico adulto.”

Eis o retrato de delles faz Fouillée:

“A physionomia será expressiva e moavel; o somno leve, agitado, pouco reparador. Os productos de desintegração, isto é, os pigmentos, serão fracos e pouco coloridos; dahí, muitas vezes, a brancura da pelle, a côr antes clara dos olhos e dos cabellos que, segundo Laycock, quando não branqueam rapido, tornam-se castanhos

com a idade, nos nervosos activos. Será o pescoço geralmente delicado, e longo. O nariz delgado, de azas moveis. O corpo será esbelto, muitas vezes magro, raramente gordo. Quanto ao rosto, nota-se que se adelgaça para baixo, a partir de fronte larga e elevada, o que pôde dar á figura certa semelhança com um V.”

Meus senhores! Um exemplo historico de psychopathas constitucionaes, nos é dado por Mozart que, quando criança, era tal sua sensibilidade auditiva, que o som de uma trombeta dava-lhe convulsões. Era de physionomia extremamente agitada, jamais em repouso, exprimindo, de continuo, ora a dôr, ora o prazer. Desde a idade de 3 annos, era preciso vigial-o, não fosse esquecer-se, sentado ao piano.

Donde podemos, desde já, deduzir que taes crianças, longe de serem consideradas, como inferiores, a grande impressionabilidade do systema nervoso as tornam, não raro, capazes de grandes producções artisticas e ethicas.

E quem negará residir a causa principal, mais frequente, das perturbações que estudo, na predisposição congenita, na herança?

Quer a hystéria, a neurasthenia dos paes, quer as mais variadas modalidades clinicas da pathologia nervosa que elles ou membros da familia neuropathia manifestam, o certo é que o producto de tal concepção, si não apresentar signaes identicos, por herança homologa, ha de ser predisposto a variados phenomenos dessa natureza.

Interessante é relatar a observação de Hammond, descrevendo um individuo de 35 annos, que se degolou em um banho. Deixou 3 filhos: dois suicidaram-se com a mesma idade e pelo mesmo processo; uma filha, com 34 annos, corta a garganta tambem, em um banho. Teve esta ultima um filho que, após duas tentativas infructiferas, mata-se, com 31 annos, de maneira identica!

Preciso é referir, nessa questão da herança, o papel preponderante do alcoolismo e da syphilis que, com serem agentes poderosos do retardamento physico e intellectual da criança, causadores, por excellencia, das idiotias e imbecilidades, arras-

tam ainda os descendentes ás psychoneuroses.

Não esqueçamos como é grande a influencia do ambiente, onde cresce o pequenino. O meio de nervosos e de viciados enraiza na sensibilidade do individuo, nos alvares da consciencia, particularidades perniciosas, que redundam no cultivo dos maus exemplos verificados, das sensações recebidas.

Alteração qualquer da saúde, traumatismo ou doença infecciosa, alliada a trabalhos escolares, a estímulos sexuaes, que se desvendam, exerce, nos predispostos, influencia sempre má!

Com estudos modernos de Czerny, include-se, como causa do nervosismo na infancia, a chamada *diathese exsudativa*, unida, frequentemente, á *diathese espasmophylica*, de que agora vou falar.

E então, por uma noite tranquilla, no silencio do lar que dorme, o pequeno que repousava no berço, na quietude de sua idade, é assaltado por symptoma que desvenda o neuropatha futuro: a *convulsão*. Contractão violenta e involutaria dos musculos sujeitos á acção da vontade, traduz-se a convulsão, ou pela rigidez de um musculo ou de grupos musculares, em attitude determinada, exprimindo a convulsão tónica, ou contrahindo e afrouxando os musculos de partes diversas do corpo, onde determina grandes movimentos, architectando, assim, a convulsão clonica.

Observações muito recentes de varios autores tendem a demonstrar, de maneira evidente que, na idade do lactente, e tambem no recém-nascido, verifica-se augmento na tonicidade muscular, verdadeira hypertonia, maximé em grupo de musculos, influindo directamente na attitude normal que traz essa idade.

Demais, taes estados convulsivos vêm constituir uma fórmula commum de reacção do systema nervoso, onde resalta a excitabilidade maior dos nervos periphericos, sobretudo a actividade exaggerada dos phenomenos reflexos, facto ligado ao desenvolvimento incompleto dos centros superiores, sobretudo da porção motora da corticalidade e dos centros moderadores da actividade medullar.

A *espasmophylia* ou *diathese espasmophylica* apresenta uma triade que é constituída pelo laryngo-espasmo, pela tetania e pela eclampsia.

Manifesta-se, principalmente, entre o 6.º e 14.º mez, tornando-se rara antes do 4.º e depois de 2 annos.

Até hoje não se conseguiu explicar o facto da predisposição de uma criança a exhibir uma ou outra fórmula da diathese, soffrendo algumas do laryngo-espasmo e da eclampsia ou tetania, associados. Tive occasião de verificar tal circumstancia em alguns de meus doentinhos.

Cite-se uma susceptibilidade particular, uma predisposição, baptisada de *aptidão convulsiva*, por Joffroy.

Theorias varias têm surgido, tendendo á explicação mais verosimil da pathogenia da *espasmophylia*.

Em 1897, Zappert ligou o facto á degeneração das raizes espinhaes anteriores, leção sómente perceptivel ao microscopio. O processo destruidor estende-se aos cornos anteriores correspondentes, tudo decorrendo sem signaes clinicos, para, em grãos mais avançados do mal, surgirem contracturas tetanicas dos membros, assim como paresias.

O Prof. Mya, de Firenze, attribue o phenomeno á *hyperhydrose cerebro-espinhal*, isto é, a um augmento do liquido cephalo-rachidiano, sobretudo em crianças rachiticas.

Procurou-se, por meio do estudo do intercambio material, a interpretação mais exacta da affecção, e hoje se conclúe, residirem esses estados convulsivos na anomalia do intercambio do calcio.

Demonstrou Quest ser o cerebro das crianças *espasmophylicas* mais pobre em calcio do que o das crianças normaes.

E Stheeman, em 1917, acha que a *espasmophilia* encontra seu substrato na diminuição do calcio no sangue, embora não considere isto como facto primitivo.

Mas não deixemos ao olvido, desde que falamos na pathogenia da *diathese espasmophylica*, o papel desempenhado pelas glandulas de secreção interna, sobretudo pela parathyreide, facto sustentado por varias autoridades, tendo Escherich á frente.

Affirma elle que, tanto hemorragias, como lesões functionaes dos corpos parathyreoideos são capazes de produzir phenomenos de espasmophylia.

Acompanhando symptomas de tetania, localisados nas extremidades dos membros, quer superiores, como inferiores, não raro o accesso convulsivo invade a musculatura da face.

Sabendo que o facial é o nervo da mimica, facil é justificar a descripção que desses casos faz Ibrahim, para quem o individuo assume expressão do preocupado, do pensativo, do malicioso.

Caracterisa-se, dest'arte, a facies de tetania de Uffenheimer.

A esse aspecto, vem associar-se estrabismo de caracter vario, de natureza espastica.

Em gráo mais avançado do mal, desvenda-se o opisthotono caracteristico, pela rigidez dos musculos da nuca, e o quadro é seguido de anisocoria.

E ao lado desses casos, rompem, por vezes, ou sós ou associadas, as convulsões clonicas, estabelecendo a eclampsia, e que muito de perto imitam os ataques epilepticos.

Nessas crianças ainda apparecem, para dar o ultimo retoque no tenebroso quadro, o signal de Erb, caracterizado pela hyperexcitabilidade galvanica dos musculos; o phenomeno do facial ou signal Chvostek e o phenomeno de Trousseau, consistindo o primeiro na contracção violenta dos musculos da face, quando se percute a bochecha, e o segundo na producção de espasmos tetanicos da mão, desde que se comprima o feixe nervoso-vascular, no sulco bicipital.

Com frequencia me apparecem casos dessa natureza e, na "Revista dos Cursos" do anno passado, publiquei varias observações desses doentinhos, caracterizados de modo differente.

Em todos se nota a influencia de alimentação artificial e, principalmente, da herança neuropathica, quer os paes sejam attreitos ao mal, evidenciando a mesma symptomatologia, quer transmittam a seus filhos a predisposição ás descargas nervosas.

Tambem as chamadas convulsões das ver-

minoses, da dentição são manifestações espasmoticas, accessos de espasmophylia, surgindo em crianças neuropathas.

Quer esboce movimento muito simples, flexão ou extensão do segmento de membros, por exemplo, quer formado de abalos mais complexos, o *tremor* nos é dado encontrar na infancia neuropatha, a se manifestar já nas primeiras tentativas de escrever, obstinadas, muitas vezes.

Acontece constituir-se, amiudadamente, o *tremor essencial hereditario*, transmittido por herança directa, a uma ou mais gerações de familias nervosas.

Como anomalias psychicas sobresaem as *alterações do humor* e as *reações sentimentaes anormaes*.

Caracterisam-se de modos diversos nos futuros neuropathas, a ponto de nos suggerir qualquer cousa de paradoxal, de inexplicavel. E' assim que leves estimulos podem ser causadores de impulsos emotionaes, cada vez mais intensos. Ha nisto que se note uma reacção sentimental pervertida, a ponto de deixar-lhes abalo violento, o factor a que o normal pouco reagiria.

Segundo Oppenheim, tal irritabilidade do systema nervoso da criança é, sinão o primeiro, ao menos um dos primeiros symptomas do nervosismo na infancia.

Em outras occasiões, surge phenomeno contrario, que dá logar á apathia pronunciada, á indolencia morbida.

Encarando essas reacções anormaes, sob o ponto de vista da durabilidade, resalta que, em criança normal, logo se esvae a exaltação, em que a collocou a commoção violenta, ao passo que no pequeno neuropatha, ao envez, a sensação persiste, por tempo mais prolongado.

Citar-vos-ei o surgir, nessas occasiões, de accessos espasmoticos que lembram de perto os da glotte e os phenomenos respiratorios da diathese espasmophylia, estabelecendo o *espasmo de furor*. Póde-se encontrar-o na idade do lactente, mas quasi sempre se revela do 2.º ao 5.º anno. São verdadeiros ataques, onde se pára a respiração, motivados por excitação de raiva excessiva.

Certos sabôres, certas côres, certas palavras tornam-se, para elles, intoleraveis, a ponto de pedir-nos evitar a citação delles, para que não lhes advenham assomos de colera.

E agora, qual de nós não viu, não ouviu falar, ou mesmo não sentiu outro signal caracteristico do nervosismo infantil: o *pavor nocturno*?

A scena é phantastica! Logo ao deitar-se, a criança desperta, de subito; senta-se na cama, com expressão de vivo espanto, de face pallida, e rompe a chorar, desordenadamente... Viu algum monstro, algum phantasma, algum ladrão!... Agarra-se, fortemente, ao braço de quem lhe está mais proximo, e, após instantes de conciliação, de carinho, recomeça, o somno interrompido.

Manifesta-se, de preferencia, de 2 a 8 annos de idade.

Si não dorme na cama dos paes, logo reclama ficar ao lado delles, pedindo que accendam a luz, por ter ouvido rumores na casa... E' preciso levar em conta o desenvolver exaggerado da phantasia de taes pequenos, pois, que, guardando na memoria algum conto de fadas, alguma leitura phantastica, alguma scena empolgante de cinema, alguma impressão sexual até, o somno se lhe desperta, tal a insistencia com que aquelles factores avivam-lhe a imaginação.

Outras vezes, si observarmos a criança neuropathia a dormir, vê-se-lhe o somno agitado, a mudar, de continuo, de um decubito lateral a outro, a gritar, a chorar, em sonho turbulento, em eterno pesadelo, a reproduzir ou completar brinquedo não satisfeito, durante o dia, nisto affirmando o conceito de Freud, para quem o sonho representa o desejo como realisado.

Como causas predisponentes a esse symptoma, attribuem-se factores somaticos, como o deitar-se com a bexiga cheia, os parasitos intestinaes, a plenitude do estomago, vestes muito apertadas e, sobretudo, obstaculos á respiração: catarro nasal chronico e a hypertrophia das amygdalas.

E quem fala em pavor nocturno, fala em *somnambulismo*, character jamais observado em crianças normaes e cujos exemplos são

muito interessantes, alguns mesmos jocosos, como o de uma menina, hoje moça, que, perambulando pela casa, acordava varias pessoas, a perguntar si queriam bife!...

Com facilidade, e com extrema frequencia, encontramos, como outra perturbação psychica, relevante do nervosismo infantil, a rapidez com que os pequeninos se espantam ao menor ruido, á voz mais elevada, á quéda de objectos, á approximação de pessoas, etc....

Mais uma vez ahi se estabelece a differença nitida, entre a insignificancia da causa e a enormidade da reacção.

Este é signal dos mais precoces da neuropathia congenita.

Mergulham-se os pequenos em evidente estado de angustia, em espanto violento, motivados por causas insignificantes.

Póde ser visto até em lactentes, e mesmo dias após o nascimento, mas essas reacções soem ser bem definidas, com o estabelecimento preciso dos phenomenos intellectuaes.

Ligados a isto, avultam, ás vezes, symptomas de *allucinações*, e se torna a criança inquieta, em viva excitação, de intelligencia confusa, para depois ceder o ataque, após meia, uma hora, ou depois de muito mais tempo. Amiudado, sobretudo em futuros hystericos, é o brotar de indicios da phantasia exaltada, em tendencia morbida á mentira, a contar historias falsas. E' a *pseudologia phantastica*.

Particularidade anormal, revelando-se, a miudo, na idade em que a criança frequenta a escola, é nesse ambiente que se lhe notam signaes que fundamentam a historia dos hystericos futuros. Póde-se fixar-lhes a atenção, mas com difficuldade; esquecem rapido o que se lhes ensina, embora intelligentes e curiosos.

São levados, como é natural, á mentira e á dissimulação, em consequencia de sua grande suggestibilidade.

Preciso é notar que o gráo da mentalidade muito influe na perfeição e adaptação da mentira.

A's vezes, as historias mentirosas, tocando as raias da sensibilidade, são tão bem formuladas, que ha filhos que, em sua narração, arrancam lagrimas de suas mães...

E' que o coração dellas encontra-se resumido nas palavras de quem disse: "Astro que não se desfolha para nos dar sombra, fonte sempre a fruir para nos matar a sede!"

E, seguidamente, quando em licções, as crianças em questão soffrem de grande cansaço, de peso sobre a cabeça, de esfalamento geral, de pallidez da face, em sensação penosa...

Com assiduidade, vêm depois, illustrando o livro do neuropatha futuro, *phobias* e *idéas fixas*, obsessivas, incoercíveis ou obrigatorias.

Certo que é difficil distinguir phobias de *edyosincrasias*.

Representações psychicas, hereditarias ou adquiridas, tomam parte relevante nessa manifestação. E a edyosincrasia se revela de maneira que é sempre curiosa, para animaes, como baratas, aranhas, cobras, etc. . . ou para alimentos, cuja presença vêm determinar phenomenos de angustia, seguidos, na generalidade, de tremores accentuados. E isso persiste até á idade adulta, e se torna difficil a cura, no convencimento do absurdo da causa.

Senhora que conheço, desde mais tenros annos, mostra evidente repugnancia pelo sapo, a ponto de pular janellas, saltar para cima de mesas, si, á sua presença, surge o asqueroso e somnambulo *batracchio*...

Sei de pessoas que, em idades de 5 ou 6 annos, não podiam vêr nem provar carne, ao que uma chamava "aquillo de dentro do boi", e outra que deixou de comer aves, por ter visto, um dia, a cosinheira, na sua insensibilidade, torcer o pescoço de um frango!...

As phobias e as idéas obsessivas são, quasi sempre, permanentes, em virtude de impressão falsa recebida e difficuldade em coordenar idéas no sentido contrario, si lhes procurarmos dissuadir do erro, pois não ha desenvolvimento completo da intelligencia.

Muitas dellas relevam do defeito de educação, como se vê na agoraphobia ou medo dos espaços, na monophobia ou medo de estar só, no medo da escuridão, no medo dos temporaes, etc. . . ou no medo singular, observado por Ibrahim, num pequeno que

denotava pronunciada phobia, quando era collocado diante de um relógio de pendulo... E os exemplos são intermináveis, nesse sentido...

Como symptoma de estimulo motor, vinculado aos estados de obcessão, e tão frequentemente desenhado, lembrarei o principal delles que é o *tico*. Em seus pródromos, quando o infante inicia os gestos que, mais tarde, vão-se tornar involuntarios, reproduzidos sem provocação apropriada, a familia os considera como mau costume o repetir, excessivamente, movimentos, mais fórtes uns dias, noutros mais attenuados.

Não deixarei de falar-vos da *difficuldade*, grande muitas vezes, em descobrir tal circumstancia em crianças, cuja tensão energica da vontade dá-lhes capacidade de escondel-as aos nossos olhos. Logo se lhes fraqueia, porém, a energia, e apparece, após momentos de repouso, e de character violento, a *momice occultada*.

Resalta disso que, não obstante seu character involuntario, o tico é acto consciente.

"E quando a vontade quer intervir, para entraval-o, si o consegue, diz Aloysio de Castro, é isto a poder de formidavel esforço, logo demudado em sensação de allivio, e até de prazer, quando o movimento logra ultimar-se."

Os ticos podem continuar no somno do neuropatha, embora attenuados. Consistem em movimentos de piscar de olhos, em contracções dos musculos do pescoço, em franzir da fronte, na gesticulação dos membros, declarando-se de character tonico ou clonico. Por vezes se revela pelo repetir de palavras obscenas, sem medir conveniencias sociaes, ou dizem sempre: "não?", "nã o é?", "não é assim?", "Sabe!".

E' trivial encontrar crianças, com tara neuropatha, a fazer caretas, morder os labios, a *cheilophagia*, e por elles passar, quasi ininterruptamente, a ponta da lingua...

E si os movimentos se generalisam, attingindo grande numero de territorios musculares, podem-nos levar á confusão com a chamada *Dança de S. Guido*.

Topa-se, a miudo, com a *onychophagia* ou habito de roer unhas, e não é raro algumas

dessas crianças dellas possuirem, apenas, fragmentos.

Tem-se visto pequenos, assim constituídos, e cuja manifestação pôde ter por base um estado crepuscular epileptico ou hysterico, sentirem necessidade incoercível de andar. Estabelece-se então a *poriomania* ou instincto de caminhar. E sahem de casa, perambulam sem meta, sem plano definido, indo-se enconral-os muito afastados de casa, ás vezes, em eminente perigo de vida.

Uma depressão profunda, inexplicavel, o terror de uma punição podem ser as causas desse estado anormal.

Já no lactente, ao iniciar, nas proximidades de um anno, seus primeiros passos, nota-se o acto curioso.

E' assim tambem que, em consequencia de vontade debíl e de exaggerada e precoce excitabilidade sexual, alguns delles são levados, irresistivelmente, quasi sempre pelo mau exemplo, a se entregarem ao vicio da *masturbação*.

Senhores!

O que mais poderei apontar-vos, para que se complete o quadro triste da neuropathia, a se esboçar na infancia?

Que esses pequenos apresentam *inquiétude motora geral*, que são instaveis, que não estão, por assim dizer, bem, em parte alguma.

Levantam-se, sentam-se, agitam braços, movem, de continuo, as pernas, seguindo-se tal estado, assiduamente, durante o somno. Percebe-se bem que a agitação é de origem psycho-motora, em cujo cerebro se convulsionam pensamentos e commoções.

Não raro, constituem-se signaes de paralyrias, ao menos de paresia, precedidos de fadiga muscular, cansaço ao mais leve esforço, salientando-se, por vezes, o phenomeno da *akinesia algera*, caracterisado por dôres nos membros, no dorso, ao menor exercicio, e manifesto nas meninas.

Os symptomas vaso-motores são percebidos a todo instante, em sequencia a grande esforço, a abalo moral mais intenso. Delineam-se alternativas de pelle corada e pelle pallida, e pronunciado calor invade o corpo, seguido de signaes de hyperhemia dos tegumentos e das mucosas.

Vomitos, sem duvida, de origem nervosa, alliam-se á scena, assim como alterações sensitivas e modalidades clinicas a se estabelecerem em diferentes apparatus.

E ainda tomam parte no drama *os signaes degenerativos*, taes o cryptorchidismo, assymetria craneana, estrabismo, etc... sem que se veja, nelles, nada de pathognomonic.

E agora, senhores, si deante de nós se apresentar uma criança, a evidenciar, psychica e physicamente, um individuo que, mais tarde, ha de ter aggravadas as perturbacões que a herança lhe legou, devemos, por ventura, cruzar os braços, restringindo-nos a deplorar-lhes a fatalidade, ás vezes, tão sombria?!

Não! De modo nenhum!

Sejam, para ella, os processos educadores — a taboa de salvação!

Eu não vou descrever-vos a educação, applicada a todos os symptomas apontados, pois seria assumpto para outra conferencia. Falar-vos-ei, resumidamente, generalizando. E então:

Devemos acostumar-lhe o corpo á lucta contra factores morbidos, evitando o abuso de applicações externas, excessivas e depressivas, redundando assim em effeitos contrarios.

A gymnastica, os exercicios physicos, de varias naturezas, grande valor possuem, para nelles criar a fonte de energia — arri-mo decidido na lucta contra a herança morbida — fonte da vontade em vencer na vida, ante numerosos obstaculos, a se anteporem á sua consciencia, prestes a falhar, a cair vencida...

Mas, senhores, a energia não é obtida tão sómente pelo auxilio valioso das forças physicas: a robustez e a belleza do corpo, ninguem o negará, são qualidades magnificas, porém insufficientes.

A energia individual está mais na dependencia do cerebro, do que na do musculo.

Aproveitemos, o neuropathia que manifestar a sêde da sciencia e a sêde da belleza, para infundir-lhe o exemplo da verdade, num cultivado capaz de trazer-lhe continua harmonia na vida, em lucta inces-

sante contra o desanimo, veneno a destruir-lhe a alma angustiosa!

Sem a cooperação de intelligencia bem systematisada, o sentimento da personalidade não é completo.

Combatamos nelle a tendencia perniciosa de se deixar abater, de perder a coragem, evitando-lhe o habito da queixa e do lamento...

Felizes hão de viver aquellas crianças, aquelles moços, aquelles velhos, a quem foi ensinado o sorriso, conservado, com rara satisfação, mesmo nos momentos de dôr!

Ensinemo-lhe o optimismo, jamais lembrando, ou, o que é peor ainda, querendo convencel-o de sua inferioridade, verdadeira responsavel do mallogro de muitas aspirações e do entorpecimento de muitas vidas!...

Ah! que victoria, e que desafogo de alma, o vêr um pequeno neuropatha alcançar a idade adulta, livre, por nosso esforço, de suas tendencias funestas.

Ah! que acção nunca esquecida, si lhe conservarmos sorridente, sadio, alegre, amoroso, bom!...

Que no seu character vivam a bondade, a sinceridade, o pensamento meditativo, a noção nitida entre o bem e o mal!

Façamos por impellil-o ao cultivo das forças physicas e intellectuaes, numa sêde crescente do saber, da curiosidade sem limites, para que elle, um dia, nos dê o mais bello, o mais sublime presente do homem para o homem: a gratidão!

Arrancados, dest'arte, os tentaculos que lhe tolhiam a harmonia da existencia, teremos delle feito o homem, descripto por Carlos Wagner:

"Um homem é aquelle que crê na vida,

na "fuga util dos dias", no labor fecundo, na dôr libertadora; é aquelle que se entrega á vontade que está no fundo das coisas.

Um homem é aquelle que tem o coração fraternal, que não concebe a sua felicidade separada da felicidade alheia, que permanece unido ao todo, marcha na fila e ama a humanidade, bem como á familia e á patria, com todas as emoções de suas entranhas e todo o seu poder de sacrificio.

Um homem é aquelle que trata de se governar, não segundo suas paixões, seus interesses ou o capricho e a violencia de outrem, mas segundo a lei da justiça.

Um homem é quem sabe combater e soffrer por tudo quanto é bom, por tudo quanto se ama, por tudo quanto se adora. E' quem sabe odiar o mal e lhe faz guerra implacavel, sabendo bem que o nosso inimigo supremo, o unico emfim, é o mal.

Um homem, afinal, é aquelle que sabe morrer; para quem o dar a vida não é perdê-la, mas salvá-la; é embutir o ephemero no eterno."

Mas, quanto abusei de vossa paciencia!

Muito poderia descobrir ainda nessa floresta, onde me embrenhei, esquecido, em procura dos futuros neuropathas, victimas da marcha fatal da predisposição congenita.

Perdoae-me!

Mas quando a gente se debruça, um dia, sobre um berço, e sente soffrer a infancia, invade-nos o impeto de dar-lhe, não só o cuidado do medico, mas o amparo do mestre e do amigo...

Disse.

Agosto/920.

Dos estreitamentos congênitos da uretra

Dr. Alfeu Medeiros

Bem estudados por Bazy e seu aluno Foisy, os estreitamentos congênitos são quasi sempre contemporâneos de outras malformações (hipospadia, divertículos, etc.) Pensam os especialistas, e com razão, que a etiologia da angústia congênita da uretra está na falta de reabsorção da rolha cloacal ou da parede epitelial. Aquela malformação produz o estreitamento da uretra posterior e esta o da glândula. Englisch, citado por Cabot, acredita que muitos dos estreitamentos considerados congênitos são consequência de uretrites não gonocócicas da infância, devidas a balanites, masturbação, exantemas. Em nenhum dos casos que vamos apresentar ha malformações acompanhando os estreitamentos. A séde destes foi a uretra membranosa, o que, em geral, não é a regra. Cabot, com efeito, diz que o sítio favorito é o meato e o denominado segundo meato, isto é, a entrada e saída da região navicular; qualquer outra localização é excepcional. Para Keyes tanto a região navicular como a membranosa podem apresentar-se estreitadas desde o nascimento. Koll tem o mesmo pensamento e Smith vai mais longe, proclamando que o estreitamento da uretra posterior é sempre congênito. Do que temos visto em nosso serviço podemos concluir que é predominante o número de atresias do meato. Estas porém dão muito raramente perturbações urinárias. Somente a necessidade de introduzir na uretra grossos aparelhos, com variados fins, explica o grande número de meatotomias que se praticam diariamente. Dos nossos doentes dois apresentam sinais evidentes de heredo-sifilis, o que para Legueu é susceptível de exercer uma certa influência no desenvolvimento de taes estreitamentos. Cabot descreve 4 tipos clínicos de estreitamentos congênitos. Filiam-se os nossos casos á segunda variedade, caracterizada

pela aparição precoce da disúria que se mostra entre 5 e 10 annos. O primeiro tipo só tem importância sob o ponto de vista obstétrico. Da atresia, demasiadamente cerrada para ser compátivel com a vida, resulta enorme dilatação dos rins o que crea uma grave distocia. Já que nos referimos ás duas primeiras categorias de estreitamentos congênitos, digamos, para ser completos, que, no terceiro tipo clínico, a estenose é menos acentuada de modo a só ser descoberta quando uma uretrite chama a atenção do clínico para ela. Se a uretrite for gonocócica a verdadeira causa do estreitamento é ignorada. Por isso Bazy pensa que os estreitamentos congênitos são muito mais comuns do que supomos. No 2.º tipo colocam-se os estreitamentos do meato. 1.ª observação: Valter C. F., com 5 annos de idade, teve sempre dificuldade para urinar. Aos dois annos passou uma noite e um dia sem poder urinar. (?) Os esforços que acompanham as micções produzem-lhe um prolapso da mucosa do recto. Ha um anno e meio uma retenção completa obriga-o a sondar-se. Um competente especialista passa-lhe uma vela filiforme que deixa em permanência durante 48 horas. Em seguida ensaia a dilatação progressiva, chegando ao n.º 8 da escala francesa. As retenções, porém, continuam e surge a infecção urinária, como era fácil de esperar em vista das dificuldades que aos curativos opõe o pequeno enfermo de uma indocilidade lamentável. As urinas são francamente turvas pelo pus e a temperatura é elevada. Estabelece-se a falsa incontinência pelo "trop plein" da bexiga. Nesse estado vem o pequeno enfermo ao nosso consultório. Criança bem desenvolvida, sem sinais de sifilis hereditária, foi alimentada com leite de peito até 8 mezes. Com essa idade teve atrepsia que foi combatida com injeções de agua do mar e

regimen apropriado. Nunca teve febres eruptivas ou outra qualquer molestia grave a não ser o estado referido. Paes e 4 irmãos são todos fortes.

Ao exame o globo vesical apresenta-se acima do umbigo, rins dolorosos e muito aumentados, urinas turvas, albumina 4gr.50, temperatura 39°5. Tentamos passar um explorador n.º 8 e não conseguimos. Fazemos penetrar uma filiforme que fica em permanência durante 24 horas. A bexiga esvazia-se completamente, mas a infecção continúa. Substituímos a vela filiforme por uma sonda n.º 8 que é aproveitada para lavagens vesicaes com nitrato de prata e ocsicianeto de mercúrio. A urotropina é empregada internamente. Mantém-se a infecção apesar desse tratamento. O estado geral agrava-se rapidamente: *facies* descorado e subictérico, emagrecimento notável, albumina 5 gram., febre alta, inapetência absoluta, diarreia intensa. Atribuímos a ineficácia das medidas adoptadas á *drenagem* insufficiente pela pequena sonda que se obstróe frequentemente pela urina espessa e purulenta.

Diante de uma situação tam grave, necessitando uma intervenção mais radical, fazemos uma cistostomia em Novembro do ano passado. Os resultados desta operação não se fazem esperar. A temperatura cae em 36 horas, as urinas clarificam-se em poucos dias, o estado geral começa a melhorar, volta o apetite, a diarreia desaparece, os rins deixam de ser palpaveis, a albumina deminue cada vez mais. Mez e meio depois da fistula vesical a transformação era completa. Na mesma sessão operatória fazemos a uretrotomia interna com o uretrotomo de Albarran, na graduação 14. Feita a uretrotomia interna, a dilatação é continuada até o n.º 15, que é mantido. Pela fistula fazem-se lavagens quotidianas com nitrato de prata e ocsicianeto de mercurio. Estando a uretra sufficientemente larga, fechamos a fistula, sob a anestesia pelo éter, em Agosto do corrente ano e continuamos a passar velas de borracha de 15 em 15 dias para conservar o calibre obtido. Actualmente a cura é completa. Esta observação é interessante porque mostra o valor da cistostomia

mesmo *in extremis*. A infecção havia ganho os rins e bacinetes e o estado do enfermo era dos mais precários. 2.ª observação: L. D., com 19 anos, sofre crises de retenção desde 7 anos de idade. Essas crises urinárias repetem-se com freqüência e duram, ás vezes, muitos dias. Nos intervalos as micções fazem-se bem. Nunca houve hematuria. O exame dos testiculos, próstata, vesículas é negativo. Urinas são límpidas, sem albumina. A reacção de Wassermann é fracamente positiva. Nunca teve uretrite. Aos 9 anos foi operado em Montevideo. Não tendo havido dilatação consecutiva, os mesmos fenómenos reproduzem-se seis mezes depois, para assim conservarem-se com alternativas até a época em que o operamos. Um explorador de bola n.º 8 revela um estreitamento duro e fibroso na uretra membranosa. Feita a uretrotomia interna a uretra foi dilatada até o bênioquê 45, havendo desaparecido por completo a disúria e as crises de retenção.

Ao cistoscópio a bexiga apresenta-se como uma bexiga em colunas, de capacidade ainda aumentada, com orificios uretraes normaes. 3.ª observação: Riograndino P. B., com 16 anos de idade. Desde muito pequeno tem disuria e incontinência nocturna de urina que persiste até os seus 10 anos. Teve diversas retenções agudas. Morando na campanha, recorria a banhos quentes demorados, cataplasmas sobre o ventre, com o que podia urinar depois de muitos esforços. Um médico da cidade mais próxima, varias vezes, tenta sonda-lo sem o conseguir. As crises de retenção repetem-se mais ou menos intervaldas, até que vemos o doente em princípios do ano passado. Nunca houve supuração na uretra. O exame dos testiculos, próstata, vesículas é negativo. No seu passado não se registam molestias de importância. A reacção de Wassermann é fracamente positiva. Paes e irmãos fortes sem passado urinário. Depois de anestesiada a uretra pela alipina, pois o paciente é muito nervoso, ensaiamos passar um explorador. Só o n.º 6 vence o obstáculo na uretra membranosa e nos dá a nítida sensação de um anel fibroso nessa porção da uretra. Inicíamos a dilata-

ção por velas muito finas. A começo, cada sessão, trazia uma retenção, apesar do cuidado de só empregar velas de acordo com o calibre reduzido da uretra, que não parecia ceder. Depois de varias sessões a uretra tilata-se, ganhando, ao menos, um número, de dois em dois dias. Conseguimos evitar a uretrotomia chegando a dilatação ao *béniqué* 55. Depois do n.º 14 nunca

mais houve retenção e o paciente começou a urinar facilmente. Ao citoscópio o aspecto da bexiga deste paciente é muito semelhante ao descrito na observação anterior. Não têm estas duas últimas observações o mesmo interesse da primeira que foi revestida de accidentes muito graves; entretanto a raridade dos casos justifica a sua publicação.

NOÇÕES DE HISTO-PHYSIOLOGIA DO CORAÇÃO¹⁾

Prof. Thomaz Mariante

Senhores :

Antes de iniciarmos o estudo das cardiopathias achei conveniente dizer-vos alguma coisa sobre a histo-physiologia do coração, por ser esta a base em que assentam os modernos estudos de cardiologia.

O coração, órgão central e capital do aparelho circulatório, é um musculo oco, que funciona á maneira d'uma bomba aspiro-premente e é dotado de certas propriedades physiologicas especiaes, ás quaes deve o seu rythmo caracteristico.

No ponto de vista de sua estrutura distingue-se no coração um tecido muscular diferenciado, vestigio do tubo cardiaco primitivo, um tecido muscular não diferenciado — as fibras musculares cardiacas; tecido conjunctivo, tecido nervoso e vasos.

Em sua phase embryonaria o coração é representado pelo tubo cardiaco primitivo, o qual possui propriedades particulares e é formado, do lado caudal, pela união das duas veias cavas em uma cavidade commum : o seio venoso, donde partem as contracções rythmicas que o percorrem de uma extremidade á outra.

Seguindo, depois, a evolução natural do seu desenvolvimento ulterior, o tubo cardiaco se divide, por uma dupla curvatura e pelo seccionamento longitudinal de suas porções anteriores, formando as auriculas, os ventriculos e o bulbo-arterial; o seio venoso perde a individualidade, incorporando-se: de um lado nas porções terminaes das veias cavas e do outro na musculatura da auricula direita.

Foi neste nivel que, em 1907, Keith e Flack descreveram um pequeno nodulo, do tamanho de um grão de trigo, formado de cellulas musculares ramificadas, muito levemente estriadas, multinucleadas, entremeadas de ganglios e de filetes nervosos, e abraçando mais ou menos a embocadura da veia cava superior.

Este nodulo representa, no adulto, os vestigios do seio venoso primitivo e nelle vêm terminar filetes do pneumogastrico, do sympathico e uma arteriola.

As cellulas do nodulo de Keith e Flack, ou nó sino-auricular, se continuam de um lado com as fibras estriadas da cava superior e do outro com as fibras do myocardio auricular.

Kent e principalmente His Junior, em 1893, demonstraram a existencia no coração dos mamiferos de um feixe de fibras, tambem vestigios do tecido cardiaco embryonario, que vão das auriculas aos ventriculos, já descriptas por Gaskell na tartaruga.

Este feixe, denominado de His, em homenagem ao seu descobridor, começa na auricula direita, perto do nucleo de Keith e Flack, por fibras finas que se continuam com as fibras articulares, mas sem que haja connexão directa entre ellas e o nodulo sino-auricular; dirige-se para diante no septo inter-auricular, debaixo do foramen oval, até acima da origem da valva média da tricusvide.

Ahi se espessa para formar o nó descripto em 1906, por Tawara, o qual é, como o de Keith e Flack, constituído por fibras musculares plexiformes, entremeadas de ganglios e fibras nervosas.

Ao sahir do nucleo de Tawara o feixe de His atravessa o corpo fibroso central, acompanhado por um ramusculo da coronaria, e penetra no septo inter-ventricular, onde, em breve, se divide em 2 ramos, o da esquerda mais grosso do que o da direita, e que podem ser seguidos até o terço-inferior do septo inter-ventricular.

Depois se ramificam em um grande numero de fibras que se continuam directamente com as fibras de Purkinje.

As fibras do feixe de His se caracterizam pela sua delgadeza, differenciação fibrillar imperfeita, pelo grande numero de nucleos e por possuirem sarcolemma.

O feixe auriculo-ventricular examinado ao microscopio em cortes transversaes, apparece com o aspecto de uma ilhota oval, cercada de uma ganga de tecido conjunctivo-lymphatico.

As fibras de Purkinje foram descobertas ha quasi 50 annos e está provado que algumas dellas se dirigem aos pilares cardiacos e que outras, na vizinhança da ponta, se voltam para distribuirem-se a todo o myocardio, em cujas profundezas as foi encontrar Marceau.

As cellulas de Purkinje, vistas em um corte perpendicular á sua direcção, são prismaticas, quadrilateras ou polygonaes. Têm o nucleo central e o protoplasma

1) aula dada no dia 10 de Agosto.

périnuclear granuloso, na periphéria existem fibrilhas estriadas, dispostas em todos os sentidos e anastomosadas entre cellulas vizinhas. Nota-se grande quantidade de glycogenio no seu interior.

As cellulas ou fibras de Purkinje não existem a esmo, porém, constituem verdadeiras expansões do feixe auriculo-ventricular.

Estudemos agora o tecido muscular cardiaco propriamente dicto, não diferenciado.

As fibras musculares que constituem o myocardio são estriadas, bifurcadas e anastomosadas entre si.

Em cada fibra podemos distinguir segmentos que parecem ajustados ponta a ponta e separados por uma linha delgada — o traço escalariforme de Eberth.

Apparentemente cada segmento constitue uma cellula, porém, de facto, as fibrilhas, de estriação transversal fina, se continuam de um elemento ao outro.

Como dizem Josué e Paillard, o musculo cardiaco é um musculo rétifforme, cujos elementos estão fundidos em syncytium. Em cada segmento se encontra um nucleo central cercado dum fuso protoplasmico, e em redor deste eixo estão agrupados fibrilhas, estriadas transversalmente.

As fibras cardiacas são cercadas de um sarcolemma muito tenue. Entre as malhas da rêde muscular circulam abundantes capillares.

Estas fibras se dispõem em fôrma de sacco, um para cada ventriculo e mais um terceiro que cêrca os precedentes e do qual algumas fibras se cruzam ao nivel do septo inter-ventricular, descrevendo em redor dos ventriculos, uma especie de 8.

As auriculas são mais pobres em musculatura, possuindo fibras proprias a cada uma dellas, que se accumulam em redor dos orificios venosos, e fibras communs ás duas, dispostas em 2 feixes: 1 na face anterior e outro na face posterior.

As fibras ventriculares e as auriculares são independentes entre si e apenas ligadas pelo feixe de His.

O tecido conjunctivo do coração fôrma os pontos de inserção para as fibras myocardicas, dispondo-se em fôrma de aneis em torno dos orificios auriculo-ventriculares e arteriaes.

No mais o tecido conjunctivo fôrma uma delgada trama que divide o myocardio em grandes, médias e pequenas lojas, disposição esta que já foi considerada de importancia capital nos processos pathologicos ou na velhice, pois a sua proliferação frequente, occasionaria uma esclerose cardiaca.

Os pilares, tanto no eixo como nas extremidades, possuem tecido conjunctivo.

Os vasos cardiacos são representados pelas ramificações das coronarias.

O coração, como todo o musculo, está

sob a acção do systema nervoso, por meio dos ramos do pneumogastrico e do sympathico, que o ligam ao bulbo e á medulla.

Além disto contém pequenos grupos, mal delimitados, de cellulas nervosas: os ganglios intra-cardiacos.

Nos animaes de sangue frio, como a rã, esses grupos de cellulas são nítida e perfeitamente individualizados.

São em numero de 3: um, o chamado ganglio de Remak, fica situado na embocadura das cavas na auricula direita, o outro, o ganglio de Ludwig, está disposto no septo interauricular e, finalmente, o 3º ou de Bidder, localizado no septo auriculo-ventricular.

Nos animaes de sangue quente, em particular no homem, as cellulas nervosas componentes desses ganglios tambem existem, como já dissemos, porém disseminadas na superficie das auriculas e dos ventriculos e nos septos interauricular e auriculo-ventricular.

Quanto ás fibras nervosas tem-nas o coração distribuidas em toda a parte, quer seja o animal de sangue frio, quer o de sangue quente.

E', pois, o coração dotado de uma innervação intrinseca e outra extrinseca.

Esta ultima é representada por fibras acceleradoras, fibras moderadoras e fibras sensitivas, incluidas nas ramificações cardiacas do sympathico, do pneumogastrico e dos nervos de Ludwig e Cyon.

Além dos nervos que acabamos de enumerar, alguns autores, principalmente Gaskell e Pawlow, admittem a existencia de nervos reforçadores do coração (fibras tonotropas) que, independentes dos acceleradores e dos vasomotores, intensificam a energia da systole e do trabalho cardiaco, sem cançal-o e sem modificar o rythmo, simplesmente augmentando o tono das fibras cardiacas. Segundo Pawlow seriam ramos do sympathico que, em parte unidos aos acceleradores, em parte aos ramos do vago, atravessariam a alça de Vieussens.

Foi em 1845 que os irmãos Weber, no Congresso Italiano de Biologia, reunido em Napoles, revelaram ao mundo scientifico a acção moderadora que o pneumogastrico exerce sobre o coração, dando a conhecer a existencia de nervos inhibidores.

Tendo sua origem no nucleo ambiguo do vago, as fibras cardio-inhibidoras acompanham este nervo até o musculo cardiaco, ahí terminando segundo certos auctores, directamente, segundo Gaskell e Betcherew, após prévia parada (relay) nos ganglios e cellulas nervosas intracardiacos.

A excitação da extremidade periphérica do pneumogastrico provoca um retardamento dos movimentos cardiacos, ao passo que a sua secção é acompanhada da acceleration dos ditos movimentos, o que pravo

a acção moderadora do pneumogastrico sobre o coração.

Aos irmãos E. e M. Cyon coube demonstrar a acção do sympathico sobre a cinemática cardíaca, em experiencias que são até hoje classicas.

Consistem ellas em, depois de seccionados os pneumogastricos, os 2 depressores, o sympathico cervical de ambos os lados e a medulla, abaixo do atlas, excitar por meio da electricidade, a medulla em sua porção situada abaixo da secção, em coelhos previamente cauterizados:

Nestas condições, os movimentos cardiacos se acceleram notavelmente.

Não havendo outra communicação cardio-medullar, afóra os ganglios sympathicos, em particular os cervical inferior e primeiro thoracico, está provada a função acceleradora dos mesmos; e vice-versa — a secção destes 2 ganglios impede a excitação acceleradora de se transmittir ao coração.

Não possuindo, embora, nervos que transmittam as impressões tactis, o coração é dotado de nervos centripetos, de função bem importante. (Gley). São estes os chamados nervos depressores ou de Ludwig-Cyon, por terem sido descobertos por estes sabios, em 1866, no coelho.

Nascem elles de 2 raizes provenientes: uma do larynge superior e a outra do tronco do pneumogastrico; acompanham, isolados, no coelho, gato, cavallo e na tartaruga, o sympathico cervical, mas no cão se confundem com o vago.

A excitação da extremidade peripherica destes nervos nada causa, porém a excitação da extremidade central provoca dôr, abaixamento da pressão arterial e retardamento dos movimentos cardiacos, agindo elles, provavelmente, como inhibidores sobre a origem dos vaso-constrictores.

Os nervos de Cyon tem por função proteger o coração contra pressões excessivas na aorta e na arteria pulmonar, pois a excitação das suas extremidades cardiacas e aorticas, nos casos de grandes pressões e, consequentemente, de notavel augmento do trabalho cardiaco, provoca abaixamento da pressão arterial e facilita, assim, a saída do sangue dos ventriculos e diminue o affluxo do sangue nas auriculas.

E' pois, como diz Gley, um nervo de pura defeza cardiaca.

Que influencia exerce a innervação extrinseca do coração sobre os seus movimentos? Será o movimento cardiaco de origem nervosa? (Gley).

O coração não possui nervos motores propriamente ditos, productores dos seus movimentos, pois continua a pulsar durante algum tempo depois de extrahido do corpo (nos animaes de sangue frio), ou depois que o bulbo e a medulla foram destruidos (nos animaes de sangue quente),

uma vez que a respiração seja mantida artificialmente.

Além disso continúa o coração a pulsar embora se tenham seccionado ambos os pneumogastricos e todos os filetes do sympathico, assim como funcionará normalmente, si fôr extrahido do corpo, desde que a circulação seja mantida artificialmente por meio dum liquido nutritivo adequado, tal como o sangue desfibrinado ou o liquido de Ringer-Locke, isso em qualquer animal.

Está, pois, provado que o coração é automotor, isto é, dispensa a acção do systema nervoso para funcionar

«Il a donc en lui-même le principe de ses mouvements.

Autrement dit, c'est un organe auto-moteur, c'est un muscle qui se meut par lui-même, et qui se meut à sa manière, suivant un rythme d'une remarquable constance.» (Gley).

Que acção exerce, então, o systema nervoso sobre o coração?

O systema nervo actúa sobre o coração ora accelerando, ora retardando, enfim, regularizando o seu funcionamento; é, como diz Rocha Vaz: «para adaptar o ás diferentes necessidades do organismo, estabelecendo este equilibrio indispensavel ao funcionamento normal de todos os órgãos, que intervem o systema nervoso, ora retardando ora accelerando o rythmo cardiaco.»

Possuindo o coração elementos nervosos ganglionares, não caberia a estes a origem dos movimentos automaticos e rythmados d'aquelle órgão?

Eis uma questão muito debatida por physiologistas e cardiologistas, cujas opiniões, ainda hoje, se dividem em duas correntes: uma que admite a origem nervosa do automatismo cardiaco e a outra que encontra no tecido muscular primitivo a razão de ser do referido automatismo.

Detalhemos o assumpto.

O myocardio é dotado de 5 propriedades fundamentaes: o poder de excitação, a excitabilidade, i. é, a facultade de reagir perante a excitação, a conductibilidade, a contractibilidade, e a tonicidade.

A excitação é o poder de provocar o estimulo que vae irritar a excitabilidade.

E' como na classica comparação da polvora que é excitavel, mas que necessita da excitação para explodir.

A excitação nasce em regiões especiaes do musculo cardiaco e apparece com intervallos eguaes e regularmente. — E' chronotropa.

A excitabilidade do myocardio é interessante por obedecer á lei do todo ou do nada de Bowdich, i. é, desde que a excitação seja sufficiente, quer fraca, quer forte, o resultado é o mesmo — á contracção tem sempre a mesma intensidade.

Mas, ha outra propriedade notavel na excitabilidade myocardica, a da inexcitabilidade periodica, que foi demonstrada por Marey. o musculo cardiaco logo depois de uma contracção é inexcitavel; a excitabilidade vae aumentando á medida que nos afastamos da contracção anterior — propriedade bathmotropa.

O musculo cardiaco é dotado de conductibilidade, i. é, do poder de conduzir o estimulo desde a sua origem até ao ponto extremo do coração — propriedade dromotropa.

O musculo cardiaco é contractil, i. é, póde contrair-se — propriedade inotropa.

Enfim, é dotado de tonicidade, i. é, reage a sua distensão,

A excitação periodica, a excitabilidade e a conductibilidade serão funcções do systema nervoso intracardiaco ou da fibra muscular cardiaca?

Keith e Flack consideram o nucleo seoauricular como o ponto de partida provavel da contracção cardiaca. Sendo a auricula o ultimo moriens do coração, isto é, reagindo ainda depois da morte do animal, quando as demais porções do coração já se tornaram inexcitaveis, o ponto de origem da contracção cardiaca deve, de facto, achar-se na auricula direita, aliás de accôrdo com a embryologia que demonstra que é ao nivel do seo auricular que começam as contracções do tubo cardiaco primitivo.

Thorel, Al. Gibson, Keith e Ivy, Mackenzie, Hering e Aschner confirmaram os trabalhos de Keith e Flack. Koch e Leontowitck, porém, pensam: o 1.º que o ultimo moriens cardiaco occupa a embocadura da coronaria e que d'ahi parte a contracção, o 2.º que as diversas partes da auricula direita se contraem simultaneamente; razão pela qual dizem Mercklen e Heitz «de nouvelles recherches apparaissent donc comme désirables pour fixer d'une façon certaine le point où débute la contraction auriculaire chez l'adulte.»

Nascida, provavelmente, no nucleo de Keith e Flack, a excitação motora, 4/100 de segundo depois, se transmite ás paredes auriculares direitas e, 3/100 de segundo após, ás esquerdas, por intermedio das fibras já descritas; passa pelo nó de Tawara, acompanha o feixe de His até ás suas ultimas ramificações e depois, por meio das fibras de Purkinje, se propaga a toda a extensão dos ventriculos, com uma demora de 10/100 de segundo sobre as auriculas.

Como as fibras de Purkinje, que se destinam aos pilares são mais curtas que as outras, a contracção dos musculos papilares precede de alguns segundos á do ventriculo em conjuncto.

Volkman demonstrou que uma ligadura collocada um pouco abaixo do sulco auri-

culo-ventricular do coração da rã faz parar os batimentos da ponta, deixando subsistir os das auriculas. O mesmo resultado foi observado nos mamíferos e Tigerstedt conseguiu demonstrar que as contracções ventriculares persistem quando a posição da ligadura permite que uma porção das auriculas fique ainda em relação com os ventriculos.

His, numa interessante serie de experiencias, demonstrou que, embora todas as relações entre as auriculas e os ventriculos estejam rotas, desde que persista integro o feixe por elle descripto, as excitações são transmittidas aos ventriculos, ao passo que a sua secção (do feixe de His), na visinhança do corpo fibroso central, torna completamente differente o rhythm ventricular do rhythm auricular.

Humbert, em 1904, Ashow e Tawara, em 1906, confirmaram e completaram os estudos de His.

Erlanger e Blakmann, em 1909, demonstraram, em experiencias feitas no cão, que, de facto, só ha uma via de conducção auriculo-ventricular, o feixe de His.

Pankul publicou algumas experiencias contrarias ao que acabei de expôr, porém, nunca foram confirmadas.

Existindo cellulas e fibras nervosas entremeadas com o tecido muscular especifico, ás quaes se poderia attribuir as propriedades especiaes deste tecido, os myogenistas invocam em favor da sua theoria, i. é, da theoria que considera aquellas propriedades como funcção do tecido cardiaco primitivo, as antigas experiencias de Mathias Duval e Laborde, as quaes provam que o coração do embryão da gallinha já pulsa rhythmadamente desde a 26ª hora de seu desenvolvimento, ao passo que o tecido nervoso só começa a apparecer do 3º dia em diante; e outra experiencia consiste em fazer funcionar o coração de animaes superiores, 24 horas e mais após a morte dos mesmos, por meio de uma circulação artificial conveniente. Ora, sabida a grande fragilidade do tecido nervoso, não é provavel que resista tanto tempo. Normalmente, portanto, a contracção nasce no nucleo de Keith e Flack, porém, qualquer porção do tecido cardiaco primitivo póde, pathologicamente excitado, dar origem ao estimulo motor, nunca, porém, o tecido cardiaco secundario.

A conductibilidade do estimulo motor deve fazer-se por via muscular (embora seja uma propriedade bem conhecida e propria da fibra nervosa a da conductibilidade), porque: 1º, se póde fazer em 2 sentidos, isto é, uma excitação lançada sobre qualquer porção do feixe de His, tanto se transmite ao ventriculo como á auricula, e que vae de encontro á lei da conducção nervosa em um só sentido: 2º, é lenta, 90 mm. por segundo; 3º, seccio-

nando o feixe de His e respeitando todas as conexões nervosas entre os ventriculos e as aurículas, o rhythm do coração se altera, ao passo que respeitando este feixe e cortando o resto, o rhythm fica normal, e o que é mais, as fibras musculares do feixe atrio-ventricular seccionados não mais se regeneram, ao passo que a fibra nervosa se regenera e, no emtanto, o rhythm fica sempre alterado, tal como o provou Erlanger.

Como explicam os myogenistas a formação regular do estímulo motor? Será devido á acção da distensão cardiaca ou dependerá de variações químicas, principalmente no que diz respeito ao calcio?

A corrente moderna é francamente pela acção chimica e Rocha Vaz synthetizando brilhantemente as novas aquisições neste terreno, considera a estimologênese função da fibra cardiaca primitiva, devido á acção duma substancia estimulante que parece ser produzida pela combinação dos iões de sodio, potassio e calcio com certos corpos existentes no musculo cardiaco.

Segundo a opinião de Mackenzie, Wenckebach e outros, a formação da substancia excitante é continua, quando alcança o limite necessario, provoca a excitação da fibra cardiaca e a contracção myocárdica consecutiva, que causa a sua destruição; refazendo-se de novo, durante a phase de repouso cardiaco, até alcançar o quantum necessario para nova excitação.

Segundo a theoria neurogenica, o estímulo que provoca a contracção cardiaca é de origem nervosa; são os ganglios nervosos ou cellulæ ganglionares que dão nascimento ao estímulo motor, e as numerosas fibras nervosas contidas no feixe de His e em todo o myocardio, que o conduzem a todo o musculo cardiaco.

Os neurogenistas tiraram os seus primeiros argumentos das seguintes experiencias de Stannius:

1º — VII experiencia. Si collocarmos uma ligadura no ponto em que o seio venoso da cava desemboca na aurícula, todo o coração pára em diastole, ao passo que o seio venoso continua a bater; o mesmo acontece separando o seio da aurícula;

2º — X experiencia. Si, depois de feita esta experiencia, collocarmos uma ligadura no sulco auriculo-ventricular, o ventriculo recomeça a bater rhythmadamente e estas contracções duram bastante tempo, ao passo que aurículas ficam em repouso;

3º — IX experiencia. Si a ligadura for collocada no sulco auriculo-ventricular, exactamente no limite dos ventriculos, as duas metades do coração assim separadas continuam a pulsar rhythmadamente, porém, sem serem synchronas ou de igual numero as respectivas pulsações; geral-

mente 3 contracções sino-auriculares para uma contracção ventricular.

Como interpretar estas experiencias?

Para alguns autores, como Gley, é plausível pensar que os ganglios de Remak e de Bidder são excito-motores, pois que as partes do coração separadas do 1º (exp. VII) cessam de pulsar e ao contrario, aquellas que ficam em relação seja com o primeiro, seja com o segundo (exp. IX) continuam a pulsar. O ganglio de Ludwig, porém, seria inhibitor. (exp. VII).

Concluindo as suas apreciações ácerca das experiencias de Stannius, Gley affirma: «como é só com elles (ganglios) que as contracções se dão, são elles a causa necessaria das mesmas; a ponta, que os não possui, isolada do resto do coração, não pulsa, ao passo que este continúa a bater».

«Estas experiencias foram feitas em batrachios, nos mamíferos as observações neste sentido são ainda insufficientes».

As experiencias de Stannius hoje não têm valor, não só por se ter descoberto cellulæ ganglionares na ponta do coração, como tambem porque podem ser interpretadas de accôrdo com as doutrinas myogenicas e assim viriam provar: a acção excito-motora do nó sino-auricular, a possibilidade de, excitando mechanicamente, pela pressão, o tecido muscular primitivo provocar contracções heterotropas e a função conductora do feixe de His, determinando um verdadeiro bloqueio ventricular.

Luciani, referindo-se ás experiencias de Stannius, diz: «Nessuna delle svariate ipotesi emesse per rendersi conto di questi fatti resisti all'urto di una critica rigorosa...»

Il fenomeno dell'accesso, dimonstrando che la legatura eseguita alle diverse altezze degli atrî (quando vi concorrà l'azione del siero e di un certo grado di pressione) agisce sempre non solo separando, ma anche contundendo ed eccitando le pareti del cuore, ci sembra la piú diretta confutazione della dottrina della duplice natura dei gangli cardiaci».

A doutrina neurogenica, que tivera grande acceitação por occasião das descobertas de Remak, de Ludwig e de Bidder, com os estudos de His cahiu em descredito, mas a tendencia actual é para reerguel-a, pelo menos é o que se conclue das opiniões de Luciani, de Gley, entre outros e da monographia de Josué, sobre as localizações cardiacas. Esta tendencia data da publicação dos trabalhos de Carlson, em 1905 e 1908.

Carlson conseguiu demostrar que no coração do «limulus polyphemus», (uma especie de carangueijo), no qual é facil separar a fibra muscular do tecido nervoso, o automatismo é de origem nervosa.

Eis, resumidamente, as suas experiencias — O coração do limulus polyphemus

tem a fôrma de um odre alongado e apresenta um cordão nervoso médio que nada mais é que uma especie de ganglio comprido, entremeadado de fibras nervosas, tem 12 nervos lateraes, os quaes assim como os filetes de união entre elles e o coração mediano, não tem cellulas nervosas.

Extirpando o cordão ganglionar o coração cessa de bater, incisando-o em um ponto qualquer, fica immediatamente suprimido o synchronismo das pulsações dos segmentos assim separados; ao contrario, seccionando transversalmente o musculo cardiaco, mas respeitando o cordão ganglionar, as pulsações se mantêm coordenadas nas porções do coração assim preparadas.

O cordão ganglionar não é sómente o centro da actividade automatica do coração, é tambem centro da sua actividade reflexa. Filetes moderadores e acceleradores das pulsações cardiacas nelle vão ter e quando, depois de se o ter arrancado, se excitam os nervos lateraes acima mencionados, não se produz neuhuma contracção rythmica e tão sómente contracções tetanicas.

Carlson verificou que, de um modo geral, o coração dos invertibrados e da limula, em particular, se comporta como o dos vertebrados e que, no modo de reagir desses órgãos a excitantes varios só pequenas diferenças existem.

Para os myogenistas, como por exemplo, Rocha Vaz, as experiencias de Carlson foram isoladas, e não confirmadas; e, além disso, affirmam elles que se não pôde deduzir dos crustaceos para os vertebrados, pois que as propriedades fundamentaes do coração dos crustaceos se tetaniza e não tem phase refractaria.

Os neurologistas acceitam as conclusões de Carlson. A proposito assim se externa Luciani: «Sull'esattezza di questi esperimenti del Carlson non é a dubitare, come non puó essére dubia la conclusione dottrinale che ne disvende naturalmente. Como seguaci della teoria miogena si fondano specialmente sull'attività ritmica automatica del cuore embrionale e del cuore di alcuni invertibrati privi di elementi nervosi; così i seguaci della teoria neurogena possono invocare come argomento invincibile, il cuore del limulus, nel quale é dimostrato esaurientemente che l'eccitabilità automatica e riflessa, la conduzione e la coordinazione d'egli eccitamenti dipendono esclusivamente d'alle cellule gangliari che esso contiene».

Aos trabalhos de Carlson oppõem os myogenistas as experiencias de Duval e Laborde, porém, estas nada provam, porque: 1º) quanto a pulsar o coração do embrião da galinha antes do apparecimento do

tecido nervoso, não só os meios empregados para a pesquisa deste tecido pôdem ter sido deficientes, como tambem é possível ainda se vir a encontrar tecido nervoso onde elle parecia inexistente, além de que, talvez, não seja bem legitimo deduzir do embrião para o adulto; 2º) quanto á morte do aparelho nervoso intra-cardiaco nas experiencias feitas, é méra supposição; 3º) quanto á questão da velocidade de transmissão das excitações, nada ha de valor, pois as experiencias foram feitas em corações privados de circulação, portanto anemiados ou asphyxiados, e nos quaes, por conseguinte, a velocidade de condução nervosa pôde ser muito diminuida.

Os modernos estudos ácerca da função cardio-reguladora do vago-sympathico provam que, embora admittindo a origem muscular das propriedades fundamentaes do myocardio, não se pôde negar que as fibras cardio-inhedoras exercem sua influencia quer sobre a propria fibra myocardica, quer sobre o aparelho especifico de His. Sua excitação provoca diminuição do numero e amplitude da systole e levantamento da velocidade de propagação da onda contractil que, nascida do nódulo sino-auricular, vaé ao de Tawara e deste continúa ao longo do feixe de His.

Ha no vago, segundo recentes pesquisas, diversos grupos de fibras — chronotropas, inotropas e dromotropas — normalmente associadas em seu funcionamento, mas podendo dissociar-se em condições experimentaes ou pathologicas.

Segundo Pletnew, distribuindo-se cada um desses grupos desigualmente nas diferentes porções do myocardio, ao estimulo artificial ou pathologico do vago, as varias partes do coração não reagirão uniformemente o que provocará o apparecimento de perturbações do rythmo, intensidade e frequencia das contracções myocardicas.

De um modo opposto actuam as fibras do sympathico propriamente dicto.

Razão, pois, tinha Josué quando affirmava: «Il ne faut donc, jamais, négliger l'action du systeme nerveux, même dans les cas où l'on arrive par l'examen des manifestations cliniques a localiser les troubles, d'une façon précise, dans le myocarde».

Senhores.

Tendes ouvido o que considero mais util e necessario conhecer ácerca da histophysiologia do coração. Foram estes trabalhos sobre a histo-physiologia cardiaca que nos permittiram chegar á recente noção das localisações cardiacas, a qual vemos os maiores e mais brilhantes progressos da cardiologia.

UM CASO

De amputação espontanea da lingua

Dr. F. Marianno da Rocha
(de Sta. Maria)

Abiatti, branco, casado, natural de Montevideo, com 33 annos de idade.

Antecedentes hereditarios: Filho de casal italiano, tem o pae ainda vivo e forte, com 86 annos de idade. A mãe morreu de um cancro do seio, ignorando o doente a idade; mas em todo o caso depois dos 40 annos. Tem dois irmãos dos quaes um goza saúde e o outro adquiriu ha dois annos um cancro syphilitico que lhe tem dado bastante que fazer.

Antecedentes pessoases: Tem 4 filhos saudios. Nunca teve doença que o retivesse no leito. Lembra-se de ter tido de uma feita diversos cancos molles, acompanhados de uma adenite de lado direito que suppurou bastante.

Historia de molestia actual.

Em fins de outubro de 1919, trabalhando em concertos da estrada de rodagem no lugar denominado Silveira Martins, 4.º districto de Santa Maria, tendo sentido sede foi se desalterar em um corrego que havia perto, depois de se servir de tal agua, foi que, por accaso, notou acima do ponto em que bebera, cerca de 10 a 15 ratanzas, em estado de putrefacção.

Oito a dez dias após, continuando no serviço, começou a notar que lhe vinha demasiada saliva á bocca e que a toda hora precisava estar cuspidando uma aguadilha que cada vez augmentava mais, sentindo que pouco a pouco tinha maior difficuldade em cuspir. Ao mesmo tempo, começava a doer-lhe a base da lingua. Em meados de Novembro, vendo que seu mal não cedia a remedios caseiros, resolveu vir a S. Maria afim de consultar.

Abiatti é um homem de estatura regular, de porte franzino. Tem a palavra ar-

rastada e traz a mão um lenço grande com o qual a toda hora apara a agua que lhe escorre da bocca.

Sabendo ja de sua historia passo ao exame da bocca. Cheiro repugnante, exhala sua cavidade buccal que é com alguma difficuldade aberta. A lingua não se apresenta, espatulada como normalmente; o dorso apresenta-se antes elevado e ha como um desvio para o lado direito. Pedindo-lhe para que ponha a lingua para fóra o doente não o consegue nem mesmo mover-lhe a ponta. Os dentes são sujos. Nada ha nas bochechas, nem na abobada palatina.

Na porção posterior da lingua o exame denota, mais para a lado direito, uma ulceracção profunda e dolorosa; o doente queixa-se que até o ouvido direito lhe dóe.

Convidado a ficar na cidade para poder ser melhor observado e tratado, diz que não póde.

Receito-lhe, suspeitando tratar-se de syphilis, Xarope de Mauriac e gargarejos com clorato de potassio, e peço-lhe que me appareça logo que acabe o remedio.

Entretanto o doente não melhorou, tendo por sua conta mandado buscar na pharmacia ainda o mesmo xarope.

Em Março de 1920 volta. O estado da bocca é muito peor. A ulceracção havia augmentado; ha difficuldade de abrir a bocca, embaraçando o exame. A salivacção é intensa e o cheiro nauseativo.

Resolvo então fazer-lhe uma serie de injecções de 914 a que o doente se submete, sem cômmodo tirar resultado, insistindo ao terminar a serie, durante o intervallo da qual lhe fiz diversos tratamentos locais, em voltar a Silveira Martins durante alguns dias.

Perco de vista o doente, até meados de Abril, quando me apparece dizendo que a "língua caíra". Soube então que, notando ter a ulceração augmentado voltara a cidade mas sabendo que eu me achava doente de cama, retornara á casa sem se fazer examinar por outro medico. A ulceração continuando a crescer terminou por desprender-se a língua, sem que tivesse havido, em tempo algum "hemorragia".

Traz elle a língua que cahiu: é apenas uma substancia dura e preta sem característicos.

Ao examinal-o nessa occasião encontro-o emmagrecido; o fetido da bocca, é o mesmo assim com a salivação. Comprehende-se relativamente bem e que diz. Ha difficuldade em engulir.

Mando fazer embrocações com pyocianase; desaparece depois de algumas applicações o fetido. Insisto ainda em fazer-lhe injeções de calomelanos, sem resultado.

Difficilmente abre a bocca. Dentadura perfeita. As gengivas não foram atacadas.

Não ha vestigios de lingua, o soalho da bocca se apresenta com granulações. Amygdales e pilares anteriores desapareceram. Uvula muito, edemaciada. Consegue-se ver a epiglote. O doente percebe o gosto das comidas. Ao se alimentar seguidamente vem-lhe tosse.

Ha ganglios sub-maxilares que dos primeiros exames não se percebiam, embora procurados.

Faço-lhe injeções de tartaro emetico, que não impedem o progresso da molestia.

Apezar de ter desaparecido a fetidez o doente continua a se alimentar mal e a doença a progredir: o desaparecimento das partes molles do soalho da bocca prosegue, o pharynge é invadido, a difficuldade de abrir a bocca é cada vez maior, o maxillar inferior tambem alterado vai pouco a pouco se deformando tendendo os 2 ramos a se aproximar um do outro. Os incisivos inferiores cahem e da-se a fractura do "maxillar na linha mediana". Aos progressos da doença o paciente vem a fallecer em 18 de Junho de 1920.

Restos dos pilares e das amygdalas e fragmentos do soalho da bocca são retirados

conservados em diversas soluções, assim como a lingua que foram enviados para o Rio, afim de serem examinados. Ainda não recebi os resultados dos exames microscopicos. Esfregaços feitos por diversas vezes nada mostraram de característico.

Parecer

Srs. Collegas.

Outro que não eu devia ter sido designado para dar parecer sobre o caso de "amputação espontanea da lingua", trazido a esta Sociedade pelos nossos illustrados consocios Dr. Pereira da Silva e Dr. Mariano da Rocha e observado por este em Santa Maria.

E de consciencia o digo — qualquer outro de vós o faria brilhantemente — ao passo que ides ouvir descorado e vacillante amontoado de hypotheses, que a pequenez do meu engenho não soube vos descortinar a verdade diagnostica, existente certamente nas entrelinhas do trabalho apresentado.

Com a franqueza e a lealdade que deve presidir ao espirito medico de critica, permittam os collegas que nos deram conhecimento do caso, que me confesse incapaz de vislumbrar pontos de apoio para diagnostico differencial na observação escripta, em meu entender de insufficiencia desesperadora, por isso que dá a perceber por vezes o deficit do meu tino clinico, por vezes o desejo do seu autor em aquilatar da argucia desta Sociedade — no acertar juizo sobre o enigmatico caso de sua clinica.

Por vós — mais do que por mim — lastimo assignar estas linhas...

E' phrase muito repetida — ser o laboratorio indispensavel á clinica, emprestando-se-lhe o papel decorativo — como moldura de quadro...

No caso em estudo, julgamos nós ser elle a tinta com que se pintará o assumpto, velho ou novo, de seu painel...

Na falta de dados laboratoriales, na escassez de informes clinicos, consequencia natural em observação discontinua do do-

ente, só vos posso suggerir hypotheses, esperando do vosso douto discutir opinião segura sobre o assumpto.

Resumo da observação.

Indivíduo de raça branca. Natural de Montevidéo, com 33 annos de idade.

Em seus antecedentes hereditarios consta um caso de tumor maligno (sua mãe), e syphilis em um irmão (adquirida).

De seus antecedentes pessoases — tão sómente cancos venereos.

Por lhe terem apparecido, em fins de outubro de 1919, sialorrhéa abundante, difficuldade em cuspir, dôr na base da lingua, conjuncto este attribuido por elle ao facto de se ter servido de aguas contaminadas, procura o nosso distincto collega.

Pelo exame procedido nos são fornecidos os seguintes informes: estatura regular, de porte franzino, palavra arrastada, fetidez na bocca, trismus, deformação da lingua, desvio da mesma para a direita, motilidade, sinão abolida ao menos muito diminuida, dôr no ouvido direito, e como lesão principal — ulcera profunda e dolorosa, na porção posterior da lingua, á direita.

Suspeitoso da origem syphilitica da lesão, o collega institue tratamento especifico (xarope de Mauriac) e mais garga-rejos com solução de chlorato de potassio.

Quatro mezes depois (Março) volta o doente. Suas peoras são assignaladas, a ulcera muito augmentada, assim como o trismus; sialorréa e fetidez da bocca persistentes.

O paciente sugeita-se á uma serie de injeções de Neo-salvarsan. Ao mesmo tempo lhe são feitas applicações locais.

Mez e meio depois (Abril) vem elle annunciar ao collega, a "queda da lingua" entregando-lhe uma "substancia dura e preta sem caracteristicos".

Está emmagrecido. A salivacão e a fetidez sem modificação. Difficuldade no deglutir.

Ao exame do paciente nota a falta da lingua e o "soalho da bocca se apresentando com granulações". As amygdalas e pilares anteriores desappareceram. Uvula muito edemaciada. Consegue-se vêr a epiglotté. Ha ganglios sub-maxillares perceptíveis.

Não houve hemorrhagia durante todo o periodo de molestia.

O collega insiste com o tratamento anti-syphilitico (injecções de calomelanos). O estado da lesão sem apresentar differença, resolveu uzar injeções de tartaro emetico, que tambem não detem a marcha destruidora. O soalho da bocca é invadido assim como "o pharynge".

O trismus é cada vez maior e o maxillar inferior começa a se deformar, pela aproximação dos seus dois ramos. Cahem os dentes incisivos inferiores e elle se fractura na linha mediana.

O doente morre oito mezes após o inicio da molestia.

Esfregações feitas por diversas vezes "nada mostraram de caracteristico". Foram enviados ao Rio pedaços de tecido, assim, como a lingua para pesquisas anatomo-pathologicas.

Que pensar? Qual o diagnostico da lesão ulcerosa? Como explicar a queda da lingua?

Façamos algumas hypotheses. Será de origem tuberculosa, luetica, maligna, trophica ou mycosica?

Resumamos o quadro clinico dessas diversas entidades.

Tuberculose da lingua. — As ulceras tuberculosas da lingua raramente se apresentam unicas e quasi nunca são primitivas.

Sua localisação preferida é na ponta e nas bordas. Pouco dolorosas de inicio. Com o evolver da lesão se torna intensa a dôr (Gaucher). A salivacão existe em abundancia, aliás phenomeno commum á totalidade das infecções boccaes. Os ganglios lymphaticos, dependentes do territorio lesado, só tardiamente são perceptíveis. As hemorrhagias faltam. O trismus é ausente. A evolução é lenta, não tendo o caracter phagedenico pronunciado.

Poderia a tuberculose do maxillar explicar sua deformação e fractura? Existem duas fórmas clinicas de tuberculose do maxillar inferior: peripherica e central. A primeira não existe sem alterações das partes molles que cobrem a borda alveolar do osso. A segunda, insidiosa muitas vezes, dando trismus e dores por compressão

do nervo dentario, tem como principal caracter a formação de abcessos e fistulas osseas.

Todos estes signaes são ausentes na descrição do caso.

Syphilis — Tres lesões lueticas poderiam ser incriminadas: Cancro inicial, gomma ulcerada, dependente da syphilis hereditaria.

Estudando a primeira hypothese, diremos que a localisação do accidente inicial da syphilis é via de regra a ponta do órgão.

E' sempre acompanhado de ganglio satellite augmentado. Não se apresenta com a rebeldia ao tratamento como no caso.

Nas gommias ulceradas da lingua não existe, na grande maioria das vezes, engorgitamento ganglionar, mas augmenta a pouco e pouco, torna-se phagedenica raramente (Lenormant), ha ausencia absoluta de dôr e attende facilmente ao tratamento.

* Na terceira hypothese a séde da lesão é de preferencia no palato. Quando na lingua, seus caracteres clinicos são semelhantes aos das gommias ulceradas.

A syphilis do maxillar inferior poderia por infiltração gommosa diffusa, determinar a deformação e fractura do maxillar inferior. Notemos, porém, que é processo suppurativo lento, chronico, de regra com symptomatologia local — dôr espontanea ou provocada, signal este muito precoce, e finalmente augmento do osso.

A observação silencia a respeito.

Tumores malignos ulcerados.

Sarcoma. — Pódem ser pediculados, intersticiaes se ulcerando precoce ou tardiamente.

São raros (Bergmann). Rarissimos os primitivos (Da Costa).

A séde predilecta é a base da lingua, ou o dorso. Quando ulcerados são muito dolorosos, havendo propagação da dôr para o ouvido, signal que chama a attenção do paciente para a sua molestia. A ulcera tuberculose se póde apresentar funda crateriforme. Dá margem a disturbios da deglutição. Ha sempre pequenas hemorragias e fetidez. A degeneração sarcomatosa dos ganglios ligádos á séde do tumor é rara. A sialorrhéa acompanha a ulcera sarcomatosa da lingua.

Com estes dados poder-se-ia clinicamente, enquadrar o sarcoma no caso em estudo, apesar de serem ausentes as hemorragias.

Mas como explicar a deformação ultima do maxillar inferior com sua fractura mediana? Por metastase do tumor nesse osso? Ora, vós sabeis que os sarcomas do maxillar inferior apresentam duas fórmias anatomicas pathologicas, isto é periosticas e centraes. Nas primeiras o tumor é perceptivel na superficie ossea desde o inicio e nas segundas pelas suas relações com o nervo dentario são, podemos dizer, communs as neuralgias. Ea respeito destes symptomas faz silencio a observação...

Num sarcoma infectado poder-se-ia incriminar aos micro-organismos responsaveis pela infecção uma osteo-mellite deformante do maxillar inferior.

No caso em discussão não temos elementos symptomatologicos com que possamos pender para esta hypothese.

Esboçemos o quadro clinico do epithelioma da base da lingua:

Epithelioma — Mais commum nas bordas, podendo tambem existir na base da lingua.

Duas formas são conhecidas — superficial e intersticial. A segunda, quando se ulcera tem tendencia á destruição profunda dos tecidos, ao passo que a ulceração superficial augmenta principalmente em extensão.

As ulceras malignas são dolorosissimas, podendo levar o paciente ao suicidio (caso pessoal).

As dôres são ou espontaneas ou provocadas, com propagação para o aparelho auditivo, signal este commum ás ulcerações dolorosas da base da lingua, mercê do glosso-pharyngeo.

Ha sialorrhéa abundante e fetidez.

A repercussão sobre os ganglios da cadeia jugular interna é precoce. E as hemorragias são a regra, desde os simples raios de sangue até o jacto por abertura de uma das linguas e mesmo da carotida.

A invasão cancerosa do maxillar inferior não seria plausivel no caso, pois, nos faltam dados á respeito do estado do osso quando se processou a fractura.

Lesão trophica. — O mal perfurante já foi observado na bocca (Paillard e Beal —

La Clinique 1912). Verdade é que na abobada palatina de um tabido.

O exame geral do doente se fazia mistér para que se podesse discutir tal hypothese, possível, pois é do dominio de todos o papel representado pela tabes, seryngo-myellia na genese das chamadas fracturas espontaneas ou pathologicas. Devemos não obstante lembrar serem taes ulceras desprovidas em absoluto do character doloroso.

Restam-nos, na revista rapida que vimos fazendo das hypotheses mais provaveis no caso, lembrarmos as mycoses.

Não esboçaremos o quadro clinico de cada uma, pois, seria cansar vossa attenção ainda mais. Limitamo-nos a repetir a opinião de Beurmann e Gougerot: o quadro clinico das mycoses varia ao infinito.

As lesões produzidas por taes entidades são polymorphas, sua evolução pôde ser muito rapida terminando com a morte, sua accção phagedenica (blastomycose) patente e mais ainda pôdem ser confundidas com a tuberculose e a syphilis (sporotrichose) — com a tuberculose e o epithelioma (blastomycose) tal a plasticidade em suas manifestações macroscopicas.

Como vedes só do laboratorio podemos esperar o diagnostico da lesão productora da amputação espontanea da lingua, que é um dos pontos mais interessantes do caso.

Cremos, mesmo, ter sido á cata de uma explicação para tal accidente que os illustrados collegas trouxeram para a Sociedade a historia do paciente.

Procurámos casos semelhantes não só na litteratura nacional, como tambem na americana, ingleza e franceza. Dos livros e revistas compulsadas veiu nos a convicção da extrema raridade do caso.

Comprehendeis ser factio unicamente applicavel com a peça na mão e dentro de bom laboratorio e não na quietitude do gabinete. Mas, para que attenuéis a pobreza de brilho deste parecer com as luzes do vosso discutir — lembro-vos a ideia de uma tromboarterite dos troncos linguas.

Espero de antemão o seguinte objectar de vossa parte: mas será crível que as duas arterias linguas fossem obliteradas simultaneamente?

Em 1881 Zukerkandl descreveu a seguinte anomalia: ausencia da arteria lingual esquerda, sendo a principal irrigação do orgão feita pela similar direita.

Este mecanismo, aliás o mesmo que preside a amputação appendicular, pôde em parte ser justificado pelos tumores malignos não atravessarem o septo lingual, mercê da dupla fonte de irrigação da lingua (Lenormant) e por sua vez explicar a deformação da lingua, o "aspecto duro e negro do orgão" após a sua queda e a ausencia de hemorragia.

E o que vos tenho a dizer e o que de melhor vos posso dar, pedindo permissão, para apresentar ao nosso illustrado collega, Dr. Marianno da Rocha, sinceras felicitações.

Dr. Octacilio Rosa,

A luxação coxo-femural

Dr. Victor Russomano.

Cirurgião da Sta. Casa de Pelotas

O caso, com o qual iniciamos a nossa collaboração nos "Archivos", diz respeito a uma luxação typica da grande articulação coxo-femural, observado no serviço de Cirurgia de Homens (Enfermaria Pimenta) da Santa Casa de Pelotas, então, a cargo do illustrado cirurgião Dr. José Brusque.

São rarissimos os casos dessa natureza, apesar do grande numero de observações publicadas, publicações que encontram justificativa na propria rareza que as torna curiosas.

Quando uma determinada doença constitúe raridade clinica, parece, á primeira vista, que perde todo e qualquer interesse pratico. Pois quê, sendo tão rara a lesão — dir-se-á — haverá mister trazel-a a publico?

Na verdade, não encontram applicação diuturna os conhecimentos que vamos adquirir no estudo dos casos mais ou menos raros. Mesmo no que diz respeito ao nosso, a frequencia dessa luxação é muito pequena, si a quizermos pôr em paralelo com a luxação da espadua.

Mas, si esse interesse, como o dizia o immortal Tillaux, é diminuto, por outro lado convém saber que o individuo portador dessa lesão cirurgica ignorada ou mal tratada será, fatalmente, um enfermo.

Comprende-se, de facto, com facilidade, que o infeliz padecente, si se lhe não levarmos os recursos da arte, verá convertida n'uma Odysséa, a sua vida. A lesão irreparavel convertel-o-á n'um estropiado, n'um inutil, obrigado a parasitar a sociedade...

Sabendo-se, alem disso, que é relativamente facil obter, nos primeiros dias que se seguem ao accidente, a cura completa, por manobras que estão ao alcance do pratico, ao passo que a cura, decorrido um certo tempo, é difficil, problematica ou impossivel, compreende-se a vantagem de se

conhecerem a fundo esses casos, para que possamos levar-lhes o socorro immediato, opportuno, facil e seguro.

São excessivamente raros, não ha duvida, esses casos. Basta, para isso, estudar as estatisticas, onde veremos por exemplo, que, durante 30 annos de um tirocinio profissional cirurgico, viu o Dr. José Brusque apenas o caso actual. Por sua vez, o eminente cirurgião, nosso chefe, Dr. Edmundo Berchon nos informa que com este é o segundo que lhe foi dado observar na clinica do nosso hospital.

E não se diga que essa falta do registro clinico seja consequencia do nosso meio pequeno. Essa particularidade é tambem constatada nos grandes centros estrangeiros, onde os cirurgiões, durante annos, não encontram essa lesão.

Assim, Tillaux frisa que os internos do serviço em Paris chegam ao termo de seus estudos sem jamais terem observado um unico caso desse genero!

Malgaigne, no Hospital São Luiz, sobre um total de 114 luxações das differentes articulações, apenas se refere a 6 da articulação de que nos occupamos.

E porquê essa pouca frequencia? E' intuitivo que a grande potencia muscular e tendinosa da articulação se opponha com vantagem, ás aggressões, pois, sómente em dados condições de violencia, apparece a lesão.

Assim é que Ricard pergunta de que força não se necessita para romper uma capsula articular, cuja espessura, em certos pontos, é superior a do tendão de Achylles? (*Pratique journalière de la Chirurgie*)

Sendo, em via de regra, consequencia de fortes traumatismos, encontra-se ella com mais frequencia nos individuos do sexo masculino, mais exposto ás possões rudes e ainda na idade dos trabalhos exagerados, si bem que se possam encontrar casos de

luxação coxo-femural em crianças de tenra idade e velhos. Quanto ao sexo, para 104 casos, Hamilton (*Fractures et Luxations*) regista apenas 11, na mulher.

* *

S. P., adulto, agricultor, dá entrada no hospital, sendo recolhido á enfermidade Pimentá. Ao exame, na posição do decubito dorsal, nota-se um consideravel augmento da região coxo-femural (grande hematoma). Ha contusões pelo dorso. E' typico, porém, o aspecto do membro inferior direito, cuja attitude é francamente viciosa: — a perna flectida sobre a côxa, a côxa, por sua vez, sobre a pelve; ha rotação para dentro e adducção; o joelho direito attinge o côxa esquerda; o dedo grande do pé direito repousa sobre o dorso do pé opposto. A flexão não é exagerada; o encurtamento do membro, esse é evidente. Os movimentos provocados são dolorosos, havendo quasi, absoluta impotencia funcional. Percebe-se ainda na fossa illiaca a cabeça do femur. acima da linha classica Nelaton-Roser. A abducção é impossivel. Clinicamente, por esses e outros dados que não merecem referencias, firmávamos o diagnostico de luxação coxo-femural.

Fácil foi determinar que a luxação da cabeça do femur se firera para traz: assim o denunciavam a rotação para dentro e a adducção, a situação da cabeça femural acima da linha de reparo já mencionada (variedade illiaca).

O quadro de Follin e Duplay, o mesmo que se encontra em Tillaux, merece reproduzido:

- 1.º Luxação para traz:
 - a) luxação ischiatica
 - b) luxação illiaca
- 2.º Luxação para diante:
 - a) luxação illio-pubeana
 - b) luxação ischio-pubeana
- 3.º Luxação para cima:
 - luxação supra-cotyloidéa.
- 4.º Luxação para baixo:
 - luxação infra-cotyloidéa.

Diante desse quadro poderíamos, muito bem, classificar o nosso caso de luxação para traz, variedade illiaca. Poderíamos ainda dizer: luxação coxo-femural posterior ou dorsal, variedade illiaca.

Bigelow, por sua vez, divide as luxações da região em questão em regulares, nas quaes o ligamento, sendo roto, a posição da cabeça articular nada offerece de typico (*Traité de Pathologie Chirurgicale speciale* — Francisc Koenig, trad. française).

E' que Bigelow dá extrema importancia ao ligamento de Bertin, responsabilizando-o pela situação da cabeça femural.

Com esse criterio, a nossa luxação pertencia ás luxações regulares. Mau grado a firmeza do diagnostico clinico, não quizemos intervir immediatamente, por não haver, urgencia absoluta e por desejarmos a verificação dos Raios X. A radioscopia foi feita pelo competente profissional Dr. Pedro L. Osório, chefe do serviço de Electricidade do Hospital, confirmando ella o diagnostico clinico.

Esses exames pormenorizados se justificam de sobra, de accôrdo com todos os autores que assignalam as difficuldades que, nesse sentido se nos dêparam no diagnostico.

A therapeutica merece alguma attenção. E' o natural complemento do nosso diagnostico. E não é cousa nova essa therapeutica.

Já Hypocrates ensinava: "Em alguns, a côxa se reduz sem aparelho, apenas com a extensão feita pelas mãos e com um ligeiro movimento de rotação. Grande numero de vezes, flectindo a côxa sobre a bacia, o osso executa um movimento de rotação e torna a entrar".

Estavam assentadas de maneira genial, desde pristinas eras, as bases do tratamento por Hypocrates. D'ahí até os nossos dias de progresso se ha repetido, com pequenas variações, a manobra seductora classica.

Foi Despres que, em 1835, puxou a attenção dos scientistas para os methodos preconizados por Poteau: — **methodos de doçura**, em opposição aos que empregam aparelhos, tractores, polias, etc. e chamados **methodos de força**.

Alguns cirurgiões, naturalmente impressionados pelo que viam com a applicação efficaz dos **methodos de doçura**, generali-

saram, avançando que todas as variedades de luxação coxo-femural podem ser, por elles, facilmente reduzidas.

Follin e Duplay, referindo-se a Dolbeau, que, já em 1868, levára a questão para a Academia de Medicina, sustentando com ardor esse opinar, taxam-n'a de exagero. E nós, por nossa vez, podemos affirmal-o.

Como é de regra, no nosso doente, começamos e insistimos pela redução por manobras manuaes, seguindo assim o conselho de Follin e Duplay que, muito racionalmente, mandam iniciar a redução com esses meios para, só depois da falha, se recorrer aos de força.

Escusado descrever a technica seguida, pois, ella falhou por completo.

A inanidade do resultado com o emprego da chloroformisação profunda, nos fez abandonar essa pretensão e nos dirigir á applicação dos methodos de força!

Aqui cabe um parenthese: Diversos cirurgiões emittiram a opinião de que convinha, na redução dessas luxações, evitar o chloroformio. Não pudemos, até hoje, atinar com o motivo desse conselho.

Ao ser alvitrado o emprego de outro meio, o nosso intelligente collega, Dr. Ariano de Carvalho, lembrou o tripé do apparelho de Sayr muito usado na confecção dos colletes orthopedicos, no mal de Pott.

De facto, com o auxilio desse apparelho, sempre o padecente anestesiado profundamente, a tracção foi feita na posição devida, durante algum tempo, até que, reintegrada a cabeça do femur na respectiva cavidade do illiaco, o membro retomou a sua posição natural.

Estava reduzida a luxação!

Quando foi lembrado e empregado o apparelho de Sayre, nenhum dos collegas presentes conhecia a pratica de Bigelow que, instinctivamente, haviamos seguido: — "quando se necessita o emprego de força mais consideravel que a fornecida pelos methodos ordinarios, recorre-se ao tripé". *Nihil novum...* Si houvessemos perpassado pela obra em questão, sem deter, nesse pormenor, o olhar, não faltariam estêreis criticos d'esquina para nos surpreender no crime de plagiato. Mercê dos Fados, assim não succedeu...

A roldana do apparelho substituiria, com vantagens innegaveis, a força manual, incapaz de uma tracção firme, bem dirigida, que reduziu o osso deslocado.

Dias depois foi permittido ao nosso observado levantar-se, notando-se, então, um perfeito funcionamento da junta — podendo-se, sem receio, consideral-o curado.

Como medida de precaução foi que immobilisamos o doente por dias, pois, tudo indicava o poder se restringir esse prazo — o que não quizemos, por precaução, repetimol-o, tentar, embora Hamilton publicasse um caso notavel de um doente que, após uma redução de luxação para traz, caminhou no 4.º dia, com alguma difficuldade, e no 7.º, sem dôr, nem difficuldade, subia, sosinho, a escada que conduzia ao amphitheatro.

Ricard considera essa précoce mobilisação séria imprudencia — pelo que nos abstivemos de uma ousadia que poderia acarretar prejuizos ao doente.

O prognostico desses luxações é sempre sério. Citam-se casos de fractura do femur nas tentativas de redução (Bigelow, Dawson, Wright, Travers, etc.)

Que poderemos futurar para o nosso doente?

Boyer assevéra que jamais o membro recupera o mesmo vigor, continuando mais fraco, e isso, porquê não se processa, por completo, a reparação cicatricial do ligamente redondo, sendo até possivel — ajunta elle — que a luxação seja o ponto inicial de uma inflammação das cartilagens e synovias articulares. Não é possivel esconder que assim succede, ás vezes, mas não é o commum, é até raro.

Com Hamilton, e diante do nosso doente, que serviu para a primeira despretenciosa collaboração do meio medico de Pelotas, podemos concluir que, na maioria dos casos, o padecente se restabelece, recuperando, em semanas ou mezes, o membro lesado que, sem a intervenção da arte, o reduziria a um paria da nossa civilização egoistica, utilitaria, tocando já pelas raías da philosophia de Nietzsche...

Setembro 1920.

Dr. Victor Russomanno

PSIQUIATRIA FORENSE

Questão medico legal da epilepsia

Prof. Luis Guedes, Catedratico de Psiquiatria.

Uma das psicoses que determina frequentemente reacções antisociais de graves e estensas consequencias, é sem duvida, a **epilepsia**:

Delitos ha praticados por sua conta que se revestem de excepcionais circunstancias não só referentes á personalidade psiquica do seu autor, como tambem aos pormenores do facto, que atingem por vezes, em sua feitura, o auge da ferocidade, já por aí despertando, na ausencia de outros elementos elucidativos, a razoavel suspeita de ser o fenomeno promanado de esquisita morbidez.

Ao perito-psiquiatro, a quem cabe repetidamente a relevante incumbencia de auxiliar a Justiça na interpretação psicologica do facto delituoso e derivante responsabilidade, torna-se, não raro, difficil bem desempenhar-se da tarefa, atentas, entre outras, especiais condições que mascaram o caso, considerado sob o ponto de vista clinicó, isto é, quando se dissér respeito á justificação diagnostica da doença.

Figure-se, assim, o exemplo em que numa observação atilada e minuciosa, por delongada que seja, não haja oportunidade de se verificarem os fenomenos triviais que subscrevem a presença do mal, entre eles, primeiramente, o paroxismo motor ou convulsivo. Ao perito, então, só é dado lidar com a anamnese do paciente e as informações que lhe traz a prova testemunhal, tanto quanto dela se possam extrair elementos presuntivos que, raciocinadamente, venham qualificar a aludida psicose.

Caso desses, sôbre o qual emitimos parecer, já registrámos em nosso tirocinio profissional. Só por isso vale o transferirmo-lo para aqui.

PARECER

A 23 de Maio de 1919 veiu para este Estabelecimento, procedente do municipio de, conforme requisição da Chefatura de Polícia, o Snr. A. L. P. Esse ci-

dadão é acusado do delito de uxoricidio, cujos pormenores aqui reproduzimos.

— Na madrugada de 30 de Outubro de 1918, em sua residencia no 3.º districto de, a golpes de faca, assassinou sua esposa e, logo em seguida, um seu irmão dêle, menor, no qual desferiu 14 facadas.

Depois, saiu a prevenir a vizinho proximo, do crime que praticára, mostrando-se então grandemente excitado.

Ainda no dia immediato, quando em companhia do Snr. E. F. M., pede a êste que lhe empreste a faca que trazia na cintura, para preparar um cigarro. Como E. F. M. recusasse atendê-lo, arrebata-se inopinadamente sobre êle, arrebata-lhe a arma aludida e vibra-lhe varios golpes, mas que só lhe produziram alguns leves ferimentos. Por ultimo, no auge do desvario, A. L. P. leva a faca contra si proprio e tenta suicidar-se, cortando-se no pescoço.

As testemunhas do processo respectivo são unisonas em afirmar que êle, gosando sempre de bom conceito, andava, de certa epoca para cá, adoentado e com apreciaveis disturbios das faculdades mentais.

Como a todos assim se afigurasse, o Promotor Publico requereu, e executou-se o exame pericial, por dois profissionais.

Entenderam estes que o acusado, anteriormente sujeito a acessos motores e de pulso lento permanente (Sindrome de Stokes-Adams) e pelas circunstancias com que se efectivou o funesto acontecimento, é sofredor de epilepsia.

O Dr. Juiz de Comarca determinou, então, que viesse o paciente para o Manicomio afim de se submeter a exame de sanidade.

Convenientemente observado, as impressões que dêle temos vão expressas nas linhas que se seguem:

A. L. P., branco, viuvo, brasileiro, dêste Estado, 30 anos de idade, criador de pro-

fissão. Em sua historia pregressa, relativo a antecedentes de familia, apura-se que, de seus pais, ainda vivos e fortes, sua genitora é padecente de certo grau de nervosismo, por que tem sempre estado em uso de mészinas e tisanas.

Houve do casal 16 filhos, e mais o que sucumbiu vitima do lutuoso delito. Alguns se contam, sobretudo mulheres, de feição eminentemente nervoso.

Quanto ao paciente, em criança, o atingiram doenças proprias da idade, mas de caracter benigno.

Na puberdade, entrou a se evidenciar, mais acentuadamente, o temperamento neuropetico que até hoje o acompanha. Consideravam-no, na familia, como doente do sistema nervoso, tanto que o pai lhe tinha sempre as vistas mais voltadas, do que para os outros filhos.

Registaram-se, por mais de vez, manifestações psicomotoras, mas que nos levam a aceita-las como de feição, pelo menos, epileptiforme.

E a um dos profissionais da pericia foi dado presenciar, em tempo anterior ao crime, algumas daquelas crises, a Síndrome de Stokes-Adams e também fugas ou ausências. Nega males venereos, bem assim o uso de bebidas alcoolicas.

No Estabelecimento, se lhe notarão, a intervalos, perturbações gerais, ligadas ao aparelho digestivo e teve grave infecção tifóide, que evoluiu em praso normal.

Nêle averigüamos, para o

SOMATISMO

De regular estatura, forte constituição fisica, bom estado de nutrição. Não mostra, a inspeção geral, desvios, nem defeitos, nem estigmas em bloco, apenas um ou outro isoladamente.

Para os diversos órgãos e aparelhos, a menos desordens episodicas do seu estado hígido, nada que importa ou valha a pena mencionar. Sômente disturbios vasomotores faceis, pelo tom variavel da emotividade.

Reacção de Wassermann, após reactivação pelo mercurio, negativa—000.

Quanto ao

PSIQUISMO

Sempre em atitude tranquilla, fisionomia serena e reservada, ora tristonha e deprimida, com humor benevolo, respeitoso e

cortês, responde solicitamente ás nossas indagações e, quando se fala no crime, com visível pesar e emoção, denuncia logo o travo amargo que lhe vai na alma, exteriorizando-o em sentidas e copiosas lagrimas.

Ao lhe esmiuçarmos as diversas faculdades, encontramos exacta a orientação da personalidade, meio, logar e tempo.

Memoria presente em suas modalidades, menos para o delito, do qual conserva total amnesia. Dêle tem conhecimento por lh'o haverem contado, o que afirma sempre do mesmo modo, com igual intensidade de convicção. Precisa a atenção espontanea ou reflectida. Percepção muito bóa, associando normalmente as suas ideas, vindas de manancial acôrde com sua rudimentar cultura e nivel intelectual pouco elevado.

Noções de etica — perfectas.

Não se observa idéa delirante alguma, nem alucinações de qualquer especie, nem informa que as tivesse experimentado.

Uma vez, é certo, A. L. P. entrou a se deprimir muito, a se aquietar pelos recantos mais ermos da Secção onde habita e a denotar desconfiança do meio. O episodio durou poucos dias, ao termo dos quais tudo serenou, e soube-se então, por confissão propria, que, com efeito, andou a pensar que os enfermeiros se haviam combinado para lhe dar cabo da vida, mancomunados em tenaz perseguição!

A fóra isso, nada mais verificámos no paciente, como produto da observação a que esteve sujeito.

Apesar de tudo, porém, não lhe podemos negar a morbidez do psiquismo, factor capital do barbaro delito de que se tornou protagonista.

As minudencias do facto, como bem ponderaram os colegas da pericia, não deixam vacilação alguma sobre o mecanismo cerebral do acusado que se achava, no momento de pratica-lo, em estado de ausência, de alheiação a si, com obnubilção profunda da consciencia, embora houvesse coordenação e determinação dos actos que executou.

Ora, no caso, só uma **epilepsia psiquica**. Nem são necessarios, para testifica-la, os antecedentes pessoais assinalados pelos peritos referidos, pois que compareceram as circunstancias quase todas que caracterizam, sem receio, a psicose aludida:

— Ausência de motivo, falta de preme-

ditação, instantaneidade e energia na determinação do acto e ferocidade na execução; desenvolvimento de violencia insolita e multiplicidade de golpes; nenhuma dissimulação na pratica do atentado e nenhum cuidado, por parte de seu autor, em ocultar-se depois, esquecimento total ou reminiscencias confusas do acto levado a efeito.”

Só faltou a indiferença completa e a ausência de toda magua e remorso para que se cumprissem os requisitos admitidos por Legrand du Saule, e até hoje aceitos, ao afirmar o crime cometido pelos epilepticos, em acesso psiquico.

E' que no paciente o senso moral se mantém exuberantemente integro, e profundo pesar o acompanha pela desgraça que impiedosamente o feriu.

Todavia, convém que se firme que a ausência de um ou muitos desses elementos não exclue a possibilidade da especie em questão.

Aquelas condições, pois, resultam evi-

dentemente do delicto praticado por A. L. P. Além de tudo, na excitação consequente, que se prolongou por mais de 48 horas, tentou tambem suicidar-se, ferindo o pescoço (do que se mostra ainda nitida cicatriz).

Por essas considerações, conquanto não houvesse êle manifestado paroxismo algum de sua doença durante o periodo da observação, é fóra de duvida que sofre de epilepsia e o crime — movido apenas por explosão psiquica do mal, por conta do que ocorreu a comovente tragedia.

Os que a tal estão sujeitos não têm livres as operações da consciencia, não se pódem por isso responsabilizar pelos feitos que praticam, portanto se acham nesses momentos, como em outros, em condições de alienação mental.

Assim aconteceu a A. L. P., autor involuntario e inconsciente da morte de sua esposa e de seu irmão e dos ferimentos em E. F. M.

Hospicio S. Pedro, 25-1-1920.

Mioclonias no decurso da encefalite letargica ⁽¹⁾

Dr. Sarmiento Leite Filho

A encefalite letargica é assunto de actualidade palpitante que nos interessa a nós, clinicos e higienistas.

Conhecemos todos os variados aspectos sob os quais se apresenta, as variegadas roupagens com que se enfeita e dissimula.

A fôrma classica, na simpleza costumeira, com a triade sintomologica caracteristica: **febre, paralisias oculares, sonolencia**, é de diagnose quiçá facil, não requerendo farta messe de argucia e estudo para sua diferenciação.

Outro tanto não direi dos feittos modais de variedades desusadas.

Interessantes, sob duplo ponto de mira, são as modalidades frustas, anomalias, atípicas, incompletas, mal acabadas, em cuja feitura por vezes participam fenomenos insolitos e esquisitos.

E atarantado acha-se por feitas o esculapio, constricto entre o receio do exagero, de diagnosticar a cada passo, leviamente, o "**morbus novus**", e a inquietação de deixar passar despercebidas fôrmas atípicas e espurias da molestia, por se desacompanharem elas do cunho caracteristico da modalidade vera.

Essencialmente polimorfa e proteiforme é a encefalopatia insolita.

E não é de surprezar, pois que o acometimento de um órgão tão importante, qual o encefalo, cujas funções são complexas e variadas, origina por força fenomenologia multifaria.

Desde o padrão classico, com a tripeça corriqueira, até ás fôrmas oligo e monosintomaticas, passando por longa fieira de tipos intermediarios e intercalares, todos os matizes se observam e fazem jús a detencoso estudo.

Fôrmas sem letargia, sem oftalmoplegia; fôrmas polineuriticicas, mioclonicas, coreicas; fôrmas mentais simulando a demencia precoce catatonica, a confusão mental e até a psicose de Korsakoff; fôrmas vestindo as roupagens da síndrome de Parkinson, verdadeira ou bastarda; tipos acompanhados de tremuras, estremecimentos coreicos ou movimentos coreo-atetosicos; fôrmas com reacções meningeas, leves ou francas; enfim modalidades mascaradas sob o disfarce de infinitas doengas outras, são bastas feitas encontradiças e veseiras.

E nesse **mare magno** de tipos clinicos mal acabados e definidos, é de vêr o embaraço do médico pouco afeito aos moldes bizarros e estranhos em que se vasa a encefalopatia curiosa.

Neuraxite epidemica ousou apelidá-la Chauffard, dada a tendencia do morbo de espraiair-se pelos departamentos varios do neuraxe e acantonar-se em qualquer deles.

Dentre as curiosas manifestações motoras anormais, hipercineticas, intervindas no decurso da encefalite letargica, sobresaem com frequencia **as mioclonias**.

Abalos de musculos ou de segmentos musculares, rapidos, ritmicos, breves, as mioclonias caracterizam-se pelo aparecer subitaneo, intermitente e espaçado.

Tais clonias musculares individualizam-se pelo caracter continuo ritmico dos sacudimentos; poder-se-ia, por assim dizer, cronometrar ao infinito o intervalo quase sempre identico que separa os tremulos entre si.

O que lhes imprime feição propria é a instantaneidade da contração simil á produzida pela electrização dos musculos.

Muito ao contrario dos espasmos mioclonicos, as coreás, de caracter mais amplo, incoerente e aritmico por comum, incrementam-se e intensificam-se pelos movimentos voluntarios, conturbando-os; ao

(1) Comunicação lida na sessão ordinaria da Sociedade de Medicina, do dia 26 de novembro de 1920.

revés, minguam ou se esvaecem, graças a eles, as descargas clónicas.

Igual influencia exercem o sono e até certo limite a vontade sobre tal tipo de coreoides.

Generalizadas a todo o corpo, afectando agrupamentos musculares ou musculos isolados, localizadas a um membro ou estendidas a varios deles, parciais, bilaterais ou dimeiadas, as mioclonias figuram grande inconstancia e variabilidade na distribuição topografica.

Instabilidade de localização é sua característica maior. Nas sacudidas musculares se observam todos os graus de contração: **fibrilação** (mioclonia multipla fibrilar), **onda muscular** (miocimia) e **sobresaltos de todo o corpo do musculo** (mioclonia). Assim os discrimina Ramsay Hunt.

Muito dissemelhantes na fisionomia clinica são os choques musculares, do tipo clónico, no curso da encefalite epidemica. Ora satelites do evoluer do morbo, passando não raro despercebidas e apagadas no meio dos outros sinais da encefalite classica e completa, ora surdindo depois da cura, durante a convalescença ou muito tempo após, como sequelas longinquoas, as **mioclonias** evidenciam, assim, uma **fôrma precoce** e outra **tardia**.

Bastas feitas, porém não sempre, destacam-se as mioclonias como sinais primaciaes do repertorio clinico e constituem quase que a só e unica manifestação da modalidade frusta, mal acabada, do morbo.

Grave ou ambulatorio, letal ou saravel, eis outro modo de ser de similar disturbo motor.

A fôrma mioclonica da encefalite letargica, apartada por Sicard e Kudelski (encefalite de tipo mioclónico), foi bem estudada após por Bollack, Litvak, Bernard, Carnot, Levaditi e Harvier, Comby (fôrma coreóide), Roger e Aymés (síndrome hemimioclonica alterna, resquicio de encefalite epidemica), Lereboullet, David (fôrma mioclonica e após letargica da encefalite), Pierre Kahn (fôrma interessante de encefalite sucessivamente neuralgica, psíquica, coreóide, mioclonica, letargica, com sequencias hemimioclonicas), Olmer, Brouardel, Gallavardin, Lhermitte, Sainton, Roger (a fôrma mioclonica da encefalite epi-

demica, encefalite letargica), Mouriquand, Froment, Bériel, Sabrazés, ainda Sicard e Kudelski (encefalite epidemica de predominancia mioclonica abdomino—diafragmatica; encefalite mioclonica com paresias e hipertonia musculares transitorias; encefalite mioclonica localizada ambulatoria; encefalite hemimioclonica do tipo alterno; mioclonia ocular encefalitica), Sicard e Litvack (encefalite mioclonica e coréa electrica de Dubini), Ramsay Hunt (a mioclonia multipla aguda inficciosa e a mioclonia multipla epidemica, encefalite epidemica) e muitos outros; seria longo e fastidioso enumerá-los todos.

A encefalite mioclonica, no estado de pureza, estereotipa-se destarte. Após fase prodromica caracterizada por febre moderada, lassidão, quebrantamento, cefaléa, **dôres** lancinantes, fulgurantes, acometendo todos os segmentos do organismo, porém com predilecção electiva para a nuca, os segmentos braquiais e intercostais, abrem a scena morbida e preludiam o instaurar dos abalos mioclonicos.

Revelam-se então as **mioclonias**, traduzidas em contrações musculares, ora rapidas, explosivas, de tipo de ritmo electrico, ora mais lentas, e desacompanhadas de tremulos fibrilares. Assaltam elas a musculatura dos membros, da face, do diafragma, frequentemente localizadas de preferencia na **região abdomino-diafragmatica**, porém com tendencia, bastas vezes, á generalizarem-se.

Simetricas ou desimetricas, acometendo um musculo ou grupo de musculos, localizadas ou generalizadas, todas as variantes se verificam.

E' de ver, então, no **tipo abdomino-diafragmatico**, um fenomeno curioso e interessante: como sob a acção de uma corrente electrica, o abdome retorce-se e agita-se de modo extraordinariò e caprichoso, determinando movimentos de retracção e de basculo do cavo epigastrico, a cicatriz umbilical contorce-se e enruga-se, denotando-se ainda sob a pele ondas musculares intermitentes e espacejadas.

Brouardel, Harvier e Levaditi observaram á radioscopia essas estranhas comoções musculares abdomino-diafragmaticas.

Em muitos casos a cinta **abdomino-dia-**

fragmatica é a séde quase exclusiva das succussões mioclônicas.

Determinam bastas vezes **solução**. Dufour filiou á encefalite aguda uma epidemia de **singulto espasmodico** cuja dura era de um a quatro dias; viu onze casos em dois meses (o solução epidemico - Soc. Méd. Hôp., 20 de fevereiro de 1920).

Tomás Reilly verificou, em varios casos, sinal quase identico ao atrás descrito. Consiste ele na **contração convulsiva ritmica dos musculos abdominais**, na visinhança da oitava e nona costela. Simula amiude o movimento muscular do singulto; apenas é unilateral.

Em dois casos affectava o trapezio.

Encontra-se tanto nos casos benignos como nos graves.

Frequente é a localização da mioclonia no aparelho ocular.

Ricaldoni, ao tratar das **distonias musculares**, no decorrer da encefalite, refere-se a ela, citando o **pestanejo**, o **borboletear continuo das palpebras (papeado continuo en aleteo de mariposa)**, encontradicho amiude no **periodo de remissão** da encefalite letargica.

Tilney e Howe consignam igualmente o **pestanejamento**, como expressão da mioclonia encefalitica.

Sicard descreve uma **mioclonia ocular**, caracterizada por movimentos ritmicos dos olhos.

Localização frequente é a das convulsões mioclônicas na face; simulam em casos tais o **hemi-espasmo facial**, bem descrito por Brissaud.

Em casos citados por Sicard e Kudelski, o hemi-espasmo facial se delatava em basculo, ora á direita, ora á esquerda.

Instabilidade de localização, dizia eu em outro passo, é a característica maior desse tipo de coreóides.

Assim em departamentos musculares varios, ora aqui, ora acolá, primando pela inconstancia e volubilidade, se desencadeiam os estremecimentos mioclônicos, rapidos e explosivos.

Perturbações delirantes, do tipo de delirio onírico ou caótico, resaem, não raro, no cortejo sintomatico da fôrma acabada, lidima, da encefalite mioclonica.

O delirio mioclonico apresenta as características do delirio toxico e se individualiza por alucinações, ilusões e transtornos transitorios; nos casos mais graves exhibe sintomas da síndrome de Korsakoff (Ramsay Hunt).

Habitualmente guarece sem resquícios.

Por vezes, no entanto, subsistem sequelas mioclônicas por largo espaço ou disturbios hipertonicos e pareticos que cedem sem detença.

Ramsay Hunt, sob a rubrica de **mioclonia multipla epidemica**, discrimina um tipo de encefalite, individualizado por **mioclonia e miocimia multiplas, dôres lancinantes e delirio**.

Há mais ainda. No transcórre da encefalite letargica epidemica, não só se revelam as **mioclonias espontaneas**. **Estremecções clonicos dos musculos** avultam, com frequencia **provocados**.

Sainton deslindou e descreveu o **mioclono provocado**, na encefalite, despertando-se pela percussão de determinados grupos musculares.

Explodem logo os tremulos, quais os espontaneos. Em tudo aparentam com eles similitão.

Ricaldoni muito estudou a mioclonia provocada e discriminou um fenomeno interessante, a **cervico—reacção mioclonica** da encefalite, que se poderia com justeza denominar **sinal de Ricaldoni**. Consiste ele em acordar, pelo percutir dos musculos do pescoço e parte superior do torax, uma propensão mioclonica latente.

A encefalite mioclonica é tipo clinico definido.

Evolve quer no estado de pureza, quer entreverada com outros sintomas, oculares, letargicos ou delirantes.

Certos autores chegam a asseverar que as succussões mioclônicas, pelo menos na fase epidemica actual, são mais frequentes e useiras que as manifestações oculares ou letargicas (Sicard).

Pierre Marie e Mlle. Gabrielle Lévy, sob o rotulo de "**síndrome excito-motora da encefalite epidemica**", enfeixaram as **manifestações motoras anormais** sobrevindas no decurso dela, em que, a par das coréas ritmadas, bradicinesias, parkinsonismo, tremores, resaltam as **mioclonias**.

Sob a mascara do **paramyoclonus multiplex de Friedreich** e da **coréa fibrilar de Morvan** também sóe patentear-se a encefalopatia em lide, qual fórma frusta ou esporádica.

Até a **coréa electrica de Dubini**, que uns aproximam outros apartam das mioclonias, teria para muitos relações de parentela com a encefalite epidemica.

E' que, a exemplo da histeria em eras de antanho, a encefalite letargica afigura-se hoje o vero proteu da neuiriatria.

Já vai longo esse discretear.

E' chegado o comenos propicio de contar o caso clinico que ora observo no "Hospital".

Capitulei-o de "**encefalite letargica, fórma remorada**", em que, a par dos sinais classicos, quase de todo apagados e delidos, resai a insolita **manifestação mioclonica ocular**, expressa em **blefaro-espasmo clinico**.

Quanto sei, é, de tal estalão, o **primeiro caso**, scientificamente diagnosticado no Rio Grande do Sul.

Sóbe assim de ponto o valimento dessa comunicação.

Obs. — G. S., com 15 anos de idade, solteira, de côr mista, natural deste Estado, de profissão domestica, baixou á 16.^a Enfermaria do Hospital (Clinica Neurologica) aos 16 de novembro de 1920.

Antecedentes de família, de pouca monta. Pais mortos de doença ignorada.

Possue uma tia, viva e forte.

Uma irmã morreu "variada da cabeça" (sic).

Antecedentes pessoais, sem importancia. Sempre foi forte, sadia; apenas teve pneumonia o ano passado.

Menstruada aos tresse anos, sempre appareceu com regularidade o catamenio; ha cinco mezes amenorréa.

Interrogada a paciente sobre a **historia da doença actual**, respondeu, com clareza e precisão, que se iniciou ela ha 4 meses, mais ou menos. Estando entregue aos afares habituais, é assaltada de chofre por **dôr de cabeça intensissima**, na região frontal. **Cefalalgia**, pois, foi o primeiro sintoma sentido pela paciente.

Sonolencia invencivel empolgou-a em seguida; a cada momento era acometida de

crises de sono, mal se assentava; em pé mesmo adormecia; a posição, porém, preferida pela paciente era a de cócoras, e nessa postura incomoda dormia horas a fio.

A chamados insistentes da familia, des-pertava da modorra em que se achava sopitada, para logo recair em sonolencia, tanto cessassem os estímulos externos.

A' noite melhorava da hipersonia; achava-se mais esperta.

Até hoje ainda dorme, de quando em vez, maximé para a tarde; são, porém, mais espacejados os acessos de narcolepsia.

Logo ao adoecer, contemporaneamente á **cefalalgia** e á **hipersonia**, mostraram-se **desordens oculares**: a paciente enxergava duplo, vendo em duplicado objectos e pessoas, o que bastante a impressionava.

Revelou-se um mês e tanto a **diplopia**, para então esvanecer. Tonteiras incomodavam-na por vezes. Quer acordada, quer dormindo, mantinham-se oclusas as palpebras, necessitando de grande esforço para apenas soerguê-las (**blefaroptose hipotonica**).

Ha uns tres meses, um mês, portanto, após o inicio da molestia, começou a **pis-car**, manifestou-se **pestanejamento** continuo e incessante que persiste até hoje.

Esta perturbação motora bastante a embaraça.

Queixa-se ainda de **dôres nas palpebras**, que prefaciaram o instalar do pestanejo. Astenia geral.

Em ocasião alguma patentearam-se delirios ou alucinações.

Segundo informações de parentes, é de crer que G. se mantivesse **sub-febril**, durante o evolver sub-agudo do morbo.

Perdura ainda cefaléa. Anorexia.

Exame da dcente. — A paciente é de estatura normal para a idade, emagrecida, de habito hipoestenico, compleição franzina, grácil. **Facies melancolica**, entristecida.

Não se notam desvios da coluna vertebral.

Equilibrio não conturbado, em qualquer das posições, vertical, horizontal, cócoras.

O que desde logo atrai a olhada, da impressão de conjunto, e salienta-se notorio é o **palpebrismo**: as palpebras animam-se de

tremulos breves, ritmicos, intermitentes e espacejados, figurando o adejar, o voejo da mariposa; **mariposeio das palpebras**, na expressão feliz do Prof. Austregesilo.

A espaços tremulinas se geram subitaneas nas asas do nariz e musculos zigomaticos.

Mioclonias, pois, evidenciam-se e manifestam-se. Predominam nas palpebras.

Ha blefaro-espasmo clonico, que se atenua pelo fixar da mirada, a ponto de delir-se.

Orientação perfeita. Sinal de Romberg ausente.

Tono muscular não parece modificado.

Marcha aparenta-se normal, não disturbada. Apenas não se nota a flexibilidade da andadura habitual.

Não se verificam, em G., paralisias, dismetria, diadococinesia, asinergia, ataxia.

Como desordens da motilidade, além das **mioclonias**, revela-se ligeira **tremura** dos dedos, as mãos estando estendidas.

A lingua, propelida fóra das arcadas dentais, é agitada de leve **tremulação fibrilar**,

Não se notam atetose, ticos, espasmo, contratura. Sinal de Kernig ausente.

Executa-se normalmente a motilidade passiva.

Sensibilidade subjectiva: a paciente queixa-se de **dôres** nas palpebras, nas pernas.

Objectiva superficial: tactil, termica, dolorosa, integra.

A profunda: muscular, ossea, dos troncos nervosos, articular, etc., não modificada.

Estereognose, noções do sentido muscular (n. das posições segmentares, do movimento activo e passivo), perfeita.

Reflectividade. — Reflexos superficiais, plantares, plantitibiais, planti-crurais, faringeos: presentes; abdominais ou de Rosembach: exaltados.

Reflexos profundos. Reflexos patelares, aquilêus, algo vivos; da munheca, do bicipite, do tricipite, etc. algo exagerados, máximé á direita.

Fenomeno de Babinski e variantes: Schoefer, Mendel-Bechterew, Rossolimo, Troemner, Oppenheim, Austregesilo-Esposel, ausentes.

Clono do pé, mão, rotulo e masseter, não se verifica.

Não apresenta a paciente **perturbações troficas**.

Orgãos dos sentidos. **Visão**. O exame, praticado pelo Prof. Victor de Britto, delatou o seguinte: reflexo pupilar á luz ou fotomotor, preguiçoso; convergente, consensual e acomodador, existentes, porém **quase imperceptíveis, muito tenues**.

Ha **paresia da acomodação**, pois, e inversão do sinal de Argyll-Robertson.

As pupilas são medianamente dilatadas, iguais, de contornos regulares, medindo uns 4 milímetros nos varios diâmetros; **midriase, portanto**.

Isto quanto á **musculatura intrinseca** do globo ocular.

O estado da **musculatura externa** é também alterado: a excursão dos globos oculares para fóra denuncia-se incompleta; no esforço extremo nota-se ainda uma faixa triangular de conjuntiva de cerca de 1 milimetro e meio, quando sabemos que, normalmente, no individuo hígido, o limbo corneano desaparece por completo sob o vertice do angulo formado pela junção das bordas palpebrais.

E' flagrante o ligeiro grau de **paresia dos musculos rectos externos**.

Em outras direcções, para cima, para baixo, para dentro, parecem integros os movimentos dos bolbos oculares.

Na direcção extrema do olhar, ao guinar a paciente os olhos para fóra, patenteia-se **ligeiro abalo nistagmiforme**.

Agudeza visual perfeita; V=1 em ambas as bandas.

Fundo do olho normal, sem alterações da papila. Quanto á olfação, audição, gustação, nada de estranho a assinalar.

Os aparelhos viscerais — circulatorio, respiratorio, digestivo, genito-urinario, nada de anormal apresentam. Esfintéres integros.

Pulso — 90 batimentos ao minuto.

Pressão arterial pelo oscilometro de Pachon: Mx = 14

Mn = 7

PD = 7

Temperatura axilar: 37°, 2 C ao primeiro exame; nos dias subsequentes a paciente mantem-se apiretica.

Reflexo oculo-cardiaco de Aschner: presente e algo exagerado; o pulso que batia

a 90, baixou a 78, após compressão dos bulbos oculares.

Estado mental e linguagem, sem distúrbios a assinalar.

A paciente tem noção perfeita do lugar, meio e tempo. Capacidade e nível mentais de acôrdo com a cultura rudimentar.

A memória é boa, tanto retrograda, como anterograda.

Associa bem as idéas; é atenta ao que se lhe diz e ao que se lhe pergunta, atenção estavel.

Humor deprimido.

Não se lhe notam delírios nem alucinações.

Provas de laboratorio.

Exame de urinas:

Volume remetido	.....	10 ocm.cs.
Aspecto	.....	quase límpida
Côr	.....	amarelo ambr
Cheiro	.....	normal
Consistencia	.....	fluida
Reacção	.....	francamente acida
Densidade a + 15.° C.	.....	1016,0
Albumina	.....	não tem
Pseudo-albumina	.....	não tem
Açucar	.....	não tem
Pigmentos biliares	.....	não tem
Acidos biliares	.....	não tem

Sedimento: Pequena quantidade de côr branca suja; ha algumas celulas epiteliaes, poucos leucocitos, varios cristais de oxalato de calcio e acido urico.

Exame de fezes: ha poucos ovos de tri-cocefalo dispar.

Exame de sangue:

Reacção de Wassermann: francamente negativa 0 0 0.

Hematias: 3.700.000 por mm.³

Leucócitos: 6.250 por mm.³

Relação globular: 1:592

Formula leucocitaria:

Polinucleares neutrofilos	.....	58,0%
Linfocitos	.....	16,2%
Grandes e medios mononucleares	..	10,0%
Fôrmas de transição	.....	2,6% ..
Fôrmas não caracterizadas	.....	3,2%
Dosagem da hemoglobina	.....	60%

Exame do líquido cefalo-raqueano. Pela raqueocentese, praticada pelo Prof. Esteves,

jorraram 40c.³, de **liquor**, claro, límpido, cristalino qual agua de rocha, em **hipertensão**.

Submetido no laboratorio aos exames costumeiros (Reacção de Wassermann, citologia, albuminose, dosagem de glicose), eis o que revelou:

Reacção de Wassermann francamente negativa, mesmo com a dose de 3 cc.³. de liquido.

Linfocitose: a ausencia de elementos celulares não permite a determinação citologica.

Albuminose: positiva fraca.

Açucar: 1.gr. 20⁰/100.

Ha **hiperglicorraquia**, pois.

Como interpretar esse caso?

A principio se impõe ao justo um diagnostico retrospectivo.

Pelo interrogatorio da paciente ficámos enfronhados de que avultaram, ao inicio, no scenario morbido, tres fenomenos primaciaes e salientes: **estado sub-febril, sonolencia, paralisias oculares**, expressas na **dúpla blefaroptose** ou antes **blefaroparesia** (paresia do elevador da palpebra por acometimento incompleto e parcial do 3.º par craneano) e **diplopia**, por comprometimento de algum dos rectos. Amainada a fase aguda da infecção, restaram sequelas miastenicas, delatadas no exame ocular, realizado a 18 de novembro: **paresia da acomodação, inversão do Argyll-Robertson, paresia do recto externo** em ambas as bandas, portanto **desordens pareticas**, tanto da musculatura intrinseca como da extrinseca dos globos oculares.

Ainda abalos **nistagmiformes**, leves e esboçados, na direcção extrema do olhar para fóra, denotando **miastenia dos rectos externos**.

Dos **tremores nistagmiformes** devemos distinguir o **vero nistagmo**, dois fenomenos diversos na significação patologica.

“Do **nistagmo** usualmente se distinguem as **contrações nistagmiformes**, que sóem manifestar-se em havendo paresia da musculatura ocular, quando o doente aponta o olhar na direcção do musculo debilitado.

Sobre serem menos rapidos e menos amplos que no legitimo **nistagmo**, estes movimentos, que se fazem por choques inter-rápidos, não vão de um lado a outro da

orbíta, mas apenas da posição de repouso para uma direcção" (Aloysio de Castro).

Portanto, recapitulando, eis a sumula do que apurámos: **estado sub-febril, sonolencia, oftalmoplegias** que resumiram toda a molestia, anteriormente.

Hoje meras **paresias oculares**.

Sinto-me apto a rotular o presente caso de **encefalite letargica**. E direi porque.

O genio epidemico, a epoca de aparecimento do morbo, no inverno, a ausencia de qualquer outro sinal de afecção organica do neuraxe que pudesse quiçá explicar a sintomologia multifaria, a negatividade de todos os exames laboratoriais, que militassem em prol de afecção sifilitica do sistema nervoso, o estudo acurado e consciencioso, que fiz, de numero relativamente avultado de casos (20), perquirindo, esmiuçando os menores sinais, corroboram tal diagnose.

A **hiperglicorraquia** mais a revigora.

A encefalite letargica, sabemos, é uma **mesencefalite**; no mesencefalo, portanto nos **pedunculos cerebrais** demora a lesão elemental, característica, a **infiltração linfocitaria perivascular**, que pôde no entanto de aí espriar-se para outros recantos do neuraxe.

A lesão essencial, porém, assesta-se lá, no mesencefalo.

Agora, quando ela falta, diz Tommaso Senise, *mutatis mutandis*, si inexistem os sintomas capitais da doença (**paralisias oculares**, e o **sono excessivo**), de tudo se poderá tratar, menos da assim dita "encefalite letargica".

E' facil de compreendê-lo.

Ensina-nos a anatomia normal ou patologica que os nucleos do 3.º par (os mais frequentemente lesos na encefalite) se assentam na vizinhança do aqueduto silviano e espalham suas raizes através do **nucleo vermelho de Stilling**, com frequencia comprometido.

De aí a constancia das oftalmoplegias.

As paralisias oculares são ao extremo frequentes na encefalite letargica, assevera de Lapersonne. E' mais pelas manifestações oculares que pela sonolencia e os outros sintomas que conseguimos, não raro, diagnosticar essa doença (de Lapersonne).

Achard e Netter avaliam em 70 a 75 por cento a proporção das paralisias oculares na encefalite. De Lapersonne, no entanto, e a maioria dos oftalmologistas, julgam muito maior a frequencia delas.

Incompletas, parciais, dissociadas, tal a característica.

Por isso é que muita vez passam despercebidas e um exame atilado nem sempre logra vislumbrá-las.

Não raro tambem a gravidade do estado geral inibe de proceder ao exame funcional imprescindível para reconhecer sintomas tais como diplopia ou paralisia da acomodação. Tanto a musculatura extrinseca como a intrinseca são lesas com assiduidade, em graus diversos, sós ou associadas.

Dentre as desordens paralíticas da musculatura interna, sobressai a da **acomodação**.

O reflexo fotomotor pôde ser conservado, havendo então inversão do sinal de Argyll-Robertson.

Em tres entidades nosologicas sóe encontrar-se, segundo Marfan, a **paralisia da acomodação**: botulismo, difteria e **encefalite letargica**.

"A verificação das paralisias oculares só permite, bem entendido, um diagnostico provavel e algumas vezes retrospectivo; pela clinica e o laboratorio é mister enfeixar um grupo de provas para afirmar a **encefalite letargica**; porém eu creio que na **síndrome complexa** as perturbações motoras oculares ocupam o lugar mais importante" (de Lapersonne).

Ora, parece-me, não é preciso mais para documentar e ractificar a diagnose que fiz, mudos se revelando os exames clinico e laboratorial. "**Encefalite letargica**", dissera eu, tão típica e frisante se patenteia.

Mesmo que assim não fôra, á mingua desse ou daquelle sinal, poderíamos aplicar a lei, formulada pelo Prof. Austregesilo, a respeito da "narcolepsia infectuosa epidemica":

"Toda vez que se nos depararem quadros clinicos nervosos organicos ou funcionais, que sejam infectuosos, epidemicos ou não e que se não possam filiar ás infecções conhecidas, pelas provas de laboratorio, te-

mos o direito, ao menos no momento actual, de diagnosticar encefalite letargica”.

Resta ainda a manifestação insolita, a **mioclonia ocular, o blefaro-espasmo clónico.**

Não ha mister perscrutar alhures a causa de tal disturbio, quando ela tão perto está, visível e patente.

Filiando-o á encefalite letargica, ter-se-á aclarado a patogenia dele.

Tudo o que disse passos atrás servirá para corroborar, sancionar tal asserção e considerar o **palpebrismo** foreiro da encefalite.

Quando no Rio, observei no “Ambulatorio de Clinica Neurologica”, a cargo do Prof. Austregesilo, caso semelhante a esse. Tratava-se de paciente que, vindo de Portugal, desembarcara **febril e sonolento.** Depressa cederam esses fenomenos, só persistindo manifestações oculares incomuns, pelas quais fôra internado na enfermaria do Prof. Abreu Fialho.

Consistiam eias em **abalos mioclonicos da palpebra, dos olhos, com tremor ocular.**

Fôra levado ao “Ambulatorio de Clinica Neurologica”, porque apresentava sintomas de tumor cerebral: cefaléa, vertigens, etc.

O exame do liquido cefaloraqueano revelou 1,60 de açucar (hiperglicorraquia), corroborando destarte o diagnostico de “encefalite letargica”, de “fôrma mioclonica”.

—o—

Essa exuberancia de citações mais revigoram a diagnose que fiz. “**Encefalite letargica, com sequelas mioclonicas, de predominancia ocular.**”

Tal o caso clinico sobre o qual vazei essa dissertação para algo relatar acerca de “**mioclonias no decurso da encefalite letargica.**”

Porto Alegre, novembro de 1920.

Bibliografia

A. Austregesilo — Fôrmas frustas da encefalite letargica. Archivos Paranaenses de Medicina. Ano I, n.º 5, setembro de 1920. —

A. Austregesilo — Clinica Neurologica. — **Aloysio de Castro** — Tractado de Semiotica Nervosa. —

David — Forme myoclonique et puis léthargique de l'encéphalite. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1920. —

Piero Boveri — Encéphalite épidémique et chorée de Dubini. Revue Neurologique. Année XXVII. N.º 3. 1920. —

Pierre Kahn — Forme interessante d'encéphalite successivement névralgique, psychique, choréoide, myoclonique, léthargique, avec séquences hémimyocloniques. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux, 1920. —

Pierre Marie e Mlle. Gabrielle Lévy — Le Syndrome excito — moteur de l'encéphalite épidémique-ses principales manifestations, chorée rythmée-bradycinésies et myoclonies — parkinsonisme. Revue Neurologique. Année XXVII, N.º 6, juin 1920. —

Roger (Henri) — La forme myoclonique de l'encéphalite épidémique (encéphalite léthargique). Journal des Praticiens, XXXIV Année. N.º 19 e 20; 8 maio e 15 maio 1920. —

Raul Azevedo — Um caso de encefalite letargica de fôrma mioclonica. Jornal dos Clinicos, 25 j. 1920. —

Roger e Aymés — Syndrome hémimyoclonique alterne, reliquat d'encéphalite épidémique. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpitaux de Paris, 1920. —

Sarmento Leite Filho — Encefalite letargica. Tese de concurso, setembro de 1920 —

Sicard — L'encéphalite myoclonique. Presse médicale, N.º 22, 14 avril, 1920. —

Sicard — Encéphalite myoclonique á secousses prédominantes abdomino — diaphragmatique. Soc. méd. des Hôp., 30 janvier 1920 —

Sicard — Encéphalite myoclonique avec parésies et hypertonies musculaires transitoires. Soc. méd. des Hôp., 30 jan. 1920 —

Sicard — Encéphalite myoclonique localisée ambulatoire. Soc. méd. des Hôp., 20 février 1920 —

Sicard e Kudelski — Encéphalite hémimyoclonique du type alterne. Soc. méd. des Hôp., 12 mars 1920 —

Sicard e Kudelski — Myoclonie oculaire encéphalitique. Soc. méd. des Hôp., 12 mars 1920 —

Sicard e Litvak — Encéphalite myoclonique et chorée électrique de Dubini. Soc. méd. des Hôp., 26 mars 1920 —

Sicard e Paraf — Hémimyoclonie épidémique ambulatoire. Revue Neurologique. Année XXVII, N.º 5, mai 1920 —

Frederick Tilney and Hubert S. Howe (New York). Epidemic encephalitis (encephalitis lethargica). June 1920 —

Ramsay Hunt — La mioclonia múltiple aguda infecciosa y la mioclonia múltiple epidémica (encefalitis epidémica). The Journal of the American Medical Association (edição espanhola). Octubre 1, 1920 —

Ricardoni (A) — La Encefalitis letárgica. Separata das "Anales de la Facultad de Medicina" — Montevideo — Julio y agosto 1920 —

F. de Lapersonne — Manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique. Presse Médicale, N.º 50, 21 juillet, 1920 —

Tommaso Senise — La letteratura più recente su l'Encefalite letárgica. Studium, Rivista di scienza medica. Anno X., n.º 3. 20 Marzo 1920 —

Lhermitte — L'encéphalite léthargique. Anatomie et physiologie pathologiques, épidémiologie, formes myocloniques. Le Journal Médical Français. Tome IX. — N.º 3. Mars 1920 —

Sainton — Les aspects cliniques et le diagnostic de l'encéphalite épidémique. Journal Médical Français. Tome IX. — N.º 3. Mars 1920 —

Achard — Les rapports de l'encéphalite léthargique avec d'autres états morbides — Paris Médical. 10 Année. N.º 38. 18 septembre 1920 —

Achard — Formes cliniques de l'encéphalite léthargique. Paris Médical. 10 Année. N.º 38. 24 juillet 1920. —

Leonardo Bianchi — Le mesencefaliti. L'encefalite letárgica o polio-mesencefalite. Studium. Anno X. N. 2. 20 fevereiro 1920—

Sainton — Myoclonus provoqué et manifestations cutanées au cours de l'encéphalite léthargique. Soc. Méd. des Hôp., maio 1920—

P. Kahn — L'encéphalite polymorphe. Soc. Méd. des Hôp., mai 1920 —.

PARECER

Illustres collegas.

Foi com sincero prazer, confesso, que recebi o bello trabalho clinico do nosso illustrado consocio Dr. Sarmento Leite Filho.

Um dos discipulos queridos durante a minha interinidade na cadeira de clinica neurological, acertei quando dizia de mim comigo que elle seria um dos mais devotados cultores da neurologia entre nós.

Já são varios os seus trabalhos, todos revelando inilludivelmente o accentuado pendor do seu espirito para essa especialidade, sem duvida a mais nova e já uma das mais complexas e difficeis. E, como imprescindiveis se tornam ao neurologista solidos e variados conhecimentos de clinica medica, estou a entrevêr, desde agora, com as mais fundadas esperanças, o brilho de sua carreira profissional, assim no exercicio da clinica como no do magisterio.

Myoclonias no decurso da encephalite lethargica, tal foi o trabalho apresentado a esta Sociedade, em uma das reuniões passadas e sobre o qual, no entender de seu illustre presidente, eu deveria emittir parecer. Ora, eu declaro, convencido embora da pequenissima autoridade que me cabe, e muito acima dos sentimentos affectivos que me prendem ao seu autor, que a minha opinião resultou immediata, franca e sincera, tão depressa terminei aquella leitura e pelo meu espirito passaram todas as reflexões que o assumpto suggeria. Delle transluz, evidente, o conhecimento perfeito que tem o autor sobre uma das mais interessantes questões medicas dos tempos actuaes, quando faz preceder a sua observação, o seu caso, de uma série de considerações muito bem traçadas a respeito da encephalite de von Economo.

Não estivesse tão frisantemente expresso o diagnostico, e em varias passagens de sua observação, talvez eu me atrevesse, concordando embora, de modo categorico, com a diagnose da encephalite, a objectar que se tratasse, no caso, do typo myoclonico. E digo-o assim, por ter sido essa a minha primeira impressão; mas voltando a nova leitura, fica-me no espirito a convicção de que o autor grande cuidado teve no classificar o seu caso quando diz, á certa altura: "Capitulei-o de encephalite lethargica, fórma remorada, em que, a par dos signaes classicos, quasi de todo apagados e delidos, resae a insolita manifestação myoclonica ocular, expressa em blepharo-espasmo clo-

nico." Ora, se assim é, afasta-se este typo, aliás excepcional, do typo verdadeiramente myoclonico, apontado em clinica por Sicard, entre outros. Tanto mais interessante, ainda sob este ultimo aspecto, o caso do Dr. Sarmiento Leite Filho, quanto é certo que a elle coube, aliás com grande visão clinica, estabelecer o diagnostico, attribuindo os phenomenos residuaes do seu doente, á sua verdadeira origem.

E' muito logica e transparente a analyse clinica que conduziu o illustre collega áquelle diagnostico, ao qual não faltou o amparo da hyperglycose do liquido cephalo rachidiano e a verificação dos signaes oculo-pupillares, de tão grande valor semiotico, como se sabe.

Muito interessante seria a explicação do mecanismo physio-pathologico dos phenomenos myoclonicos, ao que parece figurando ainda no dominio de simples hypotheses e conjecturas.

Será de facto, como pretendem certos autores, a encephalite myoclonica, uma variante clinica apenas da encephalite lethargica? Será typo clinico autonomo, ou estarão ambos sujeitos ao mesmo grupo generico toxi-infeccioso, pergunta Sicard?

Eis ahí um novo problema a pedir solução e que nem á denominação anatomica dessa entidade nosologica, permite ainda estabilidade. Chamam-na ainda, poliomesencephalite, isto é, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, um processo inflammatorio das estruturas pardas do mesencephalo. Ora se assim fosse, certa constancia deveria guardar o quadro clinico, embora susceptivel de algumas variações dentro de certos limites. A opthalmoplegia extrinseca e intrinseca, mais ou menos accentuada e extensa, seria (e até bem pou-

co ainda o era) um dos signaes clinicos fundamentaes da encephalite. Quão longe, porém, está isto da realidade! Precisamente no typo myoclonico da encephalite, não revelaram as observações de Sicard nenhum signal ocular, traduzindo uma localisação mesocephalica. Forçoso será, pois, reconhecer, consoante a observação clinica, de par com a anatomia e physiologia pathologicas, não ser unica e muito menos exclusiva a topographia mesocephalica do processo pathologico: deve ser susceptivel de muito maior extensão e capaz de variadas localizações, ao longo do eixo encephalo-medullar, as lesões fundamentaes de tão interessante entidade nosologica.

Recentemente chama Widal a atenção para os possiveis phenomenos pyramidaes, traduzindo o ataque ou, pelo menos, a extensão das lesões aos feixes de projecção. Já não será só, então, segundo este conceito, uma aggressão exclusiva ás estruturas pardas do systema nervoso: encephalo, mesocephalo, medulla, raizes, eis as tantas localizações possiveis, embora de electividade variavel.

Neuro-axite, denominam-na outros; mesocephalo-myelite, lembram alguns, tudo indicando ainda que até mesmo na nomenclatura, não foi dada a ultima palavra, quer sob o ponto de vista clinico, quer sob o da anatomia pathologica.

Eis, as ligeiras considerações que o bello caso do collega Dr. Sarmiento Leite Filho, me suggeriu, cumprindo-me agora felicitá-lo pela sua magnifica comunicação, esperando da sua mocidade, de seu ardor e de seu talento, uma collaboração activa nos trabalhos da nossa Sociedade.

Dr. R. G. Vianna

(Relatorio apresentado ao Delegado de Policia da Capital)

PELO

Prof. Nogueira Flores*Em torno de uma-**Director do Gabinete de Identificação e Estatística do Estado*

PERICIA DE IDENTIFICAÇÃO DACTYLOSCOPICA.

Para maior clareza e comprehensão deste trabalho de Pericia de identificação dactyloscópica, assumpto inteiramente novo em nosso meio, convem que façamos breves considerações sobre o valor da dactyloscopia nos tribunales.

O alto merito da impressão digital como signal de identidade é um facto de observação incontestavel. O seu emprego é universal e até a presente data não houve um so caso em que constatasse engano. A impressão papillar gosa de foros de individualidade e immutabilidade do seu desenho.

Dastre diz que os indicios mais decisivos são fornecidos pelos dactylogrammas. Stokis affirma que a sua especificidade, sua invariabilidade no curso da vida são dogmas que servem de base á dactyloscopia. A prova dactyloscópica por si só deve acarretar a convicção de um juiz, como á evidencia, mostram todos os estudos sobre impressões digitaes. Nesse dominio já se publicaram alguns casos de identificações dactyloscópicas que serviram para designar um culpado a justiça.

Coutagne em seus importantes estudos sobre identidade externa-se da seguinte maneira: a questão de identidade domina toda a instrucção criminal.

Bertillon com a sua autoridade mundial, declara que a impressão de um só dedo e mesmo de uma parte de dedo é sufficiente para identificar um individuo entre cem mil, com a condição de que o desenho sufficientemente nitido, apresente bastante extensão para reproduzir claramente, quer o centro (pontos ou linhas), quer um dos pontos de bifucação lateral (delta) e além disso, um certo numero de particularidades cuja topographia deve ser identica em am-

bos os documentos, ao mesmo tempo que deve constatar a ausencia total de dissemelhança nas partes nitidamente visiveis.

Falla ainda Bertillon, que se acha algumas vezes entre irmãos e principalmente entre irmãos gêmeos, impressões digitaes que offerecem em uma certa extensão, um numero de particularidades communs que podem attingir e ultrapassar este numero. O unico meio de eliminar esta hypothese, no caso em que o accusado tenha um irmão, é tomarem igualmente as impressões desse irmão, e certificar-se por um exame especial, não apresentassem suas impressões, o conjuncto das particularidades encontradas nas impressões incriminadas, o que quasi sempre acontecera, visto como, semelhante conjuncto de coincidencias só excepcionalmente se encontram.

E' de nossa observação corrente em Pericia de identificação dactyloscópica a deformação das impressões digitaes por occasião dos individuos deixarem as impressões no local do crime, que, como sabeis, não se pode exigir a technica empregada pelo dactyloscopista.

Para corroborar o que affirmamos vem o testemunho de Stokis que declara desde o anno de 1907, ter notado a deformação da polpa digital no momento de sua pressão sobre o objecto.

Essa circumstancia criteriosamente observada, pondera De Recht, é sufficiente para tornar o perito circumspecto em relação aos methodos de superposição no serviço de identificação de impressões.

Stokis é de opinião que a comparação de duas impressões, faz-se principalmente pela procura de pontos caracteristicos, depois de haver classificado o typo do desenho quando possivel. Si considerarmos que as impressões deixadas nos diversos objectos foram as mais das vezes produzidas, em condições de technica defeituosa, não

nos admiraremos do facto de duas impressões deixadas pelo mesmo dedo não serem absolutamente capazes de superposição.

Temos desta arte, vos informado como é estudado e interpretado esse assumpto de Policia technica, como muito bem denomina Reiss.

Tratando da Pericia em questão declaramos que foram recolhidos, a nosso pedido, ao laboratorio do Gabinete de Identificação, os diversos objectos encontrados.

Esses objectos são: uma lampada electrica de vidro opaco, um pequeno alicate e dois vidros da porta de ferro que comunica a saleta com o pateo.

A um canto do corredor encontramos um espaço sufficiente para occultar atraz um homem, como de facto parece ter se dado, em vista do rastro de dedos da phalangeta e phalangina, sem no entretanto, deixar os desenhos papilares na superficie envernizada, ficando apenas as silhuetas devido ao attrito, como si tivesse arrastado o armario.

Defronte desse armario havia uma tela de arame fechando completamente o lado

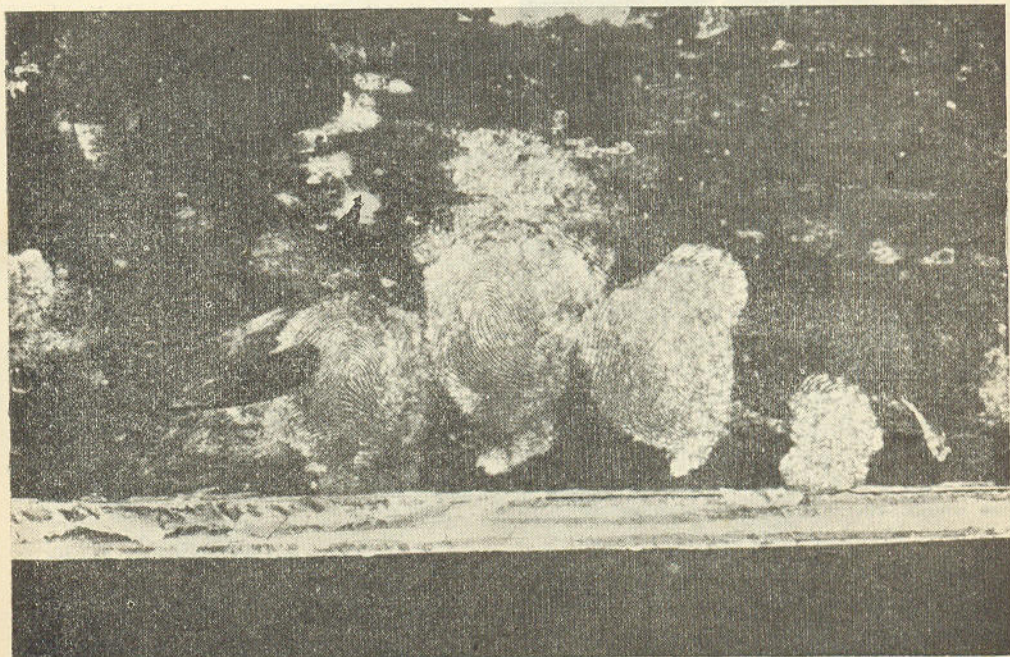
direito do corredor, que apresentava uma abertura circular feita, provavelmente com o alicate ja referido. Esta abertura dava passagem para uma pequena sala, onde forão encontradas na folha da porta de ferro envidraçada, que abria para dentro, as **dedadas**, dispostas em linha curva e na direcção longitudinal, quasi a beira da implatação do vidro ao caxilho, junto ao batede, que podemos interpretar como tendo puxado a porta para fechar com a mão direita, como mostra a photographia (numero 2).

Estas **dedadas** não estavam empoeiradas, crão um tanto brilhantes devido a secreção gordurosa da pelle.

Na outra folha da porta, mais ao alto, deparamos graphado no vidro a phrase "**saude e felicidade vos deseja o amigo**" escripto a lapis de tinta.

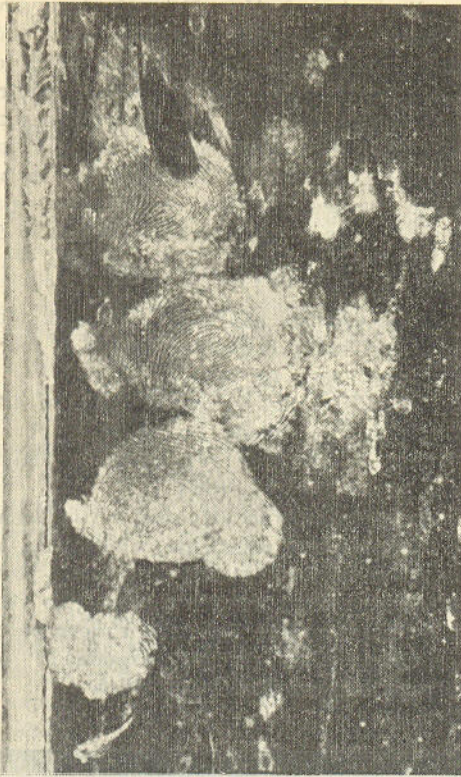
As letras estavam dispostas verticalmente e escriptas com excellente calligraphia, assestadas na face externa da referida porta. Mandamos photographar o respectivo vidro e enviamos ao Snr. Delegado a prova photographica, afim de ser examinada por especialista em **Pericia graphica**.

Photographia n. 2



Vestígios das impressões dígítaes deixadas no vidro da porta

Photographia n. 2



Posição do vidro na porta puxada para fechar com a mão direita de F...

Procedemos aos exames dos referidos objectos, de accordo com a pratica corrente, em **Pericia**, dactyloscópica, não encontrando na lampada e nem no alicate impressões latentes, como as impressões (dedadas) achadas na vidraça que acima referimos.

Tambem forão tiradas por um dos auxiliares do Gabinete cinco fichas dactyloscópicas das pessoas que trabalham na secção da Repartição X. No exame e confronto minuciosamente feito com o auxilio de um dos funcionarios do Gabinete, podemos constatar que os dactylogrammas deixados na citada vidraça, como abaixo se ve, são do typo de presilhas externas.

Como podeis verificar nos dactylogrammas comparados com a ficha e impressões marcadas com linhas imaginárias que são numerados (traços, numeros), muitos dos cinco **Pontos de referencia de Vucetich** de-

nominados: **ilhota, linha cortada, encerro, forquilha e bifurcação**, verificados sempre, a partir do centro ou nucleo e que são equidistantes nos dactylogrammas examinados e confrontados:

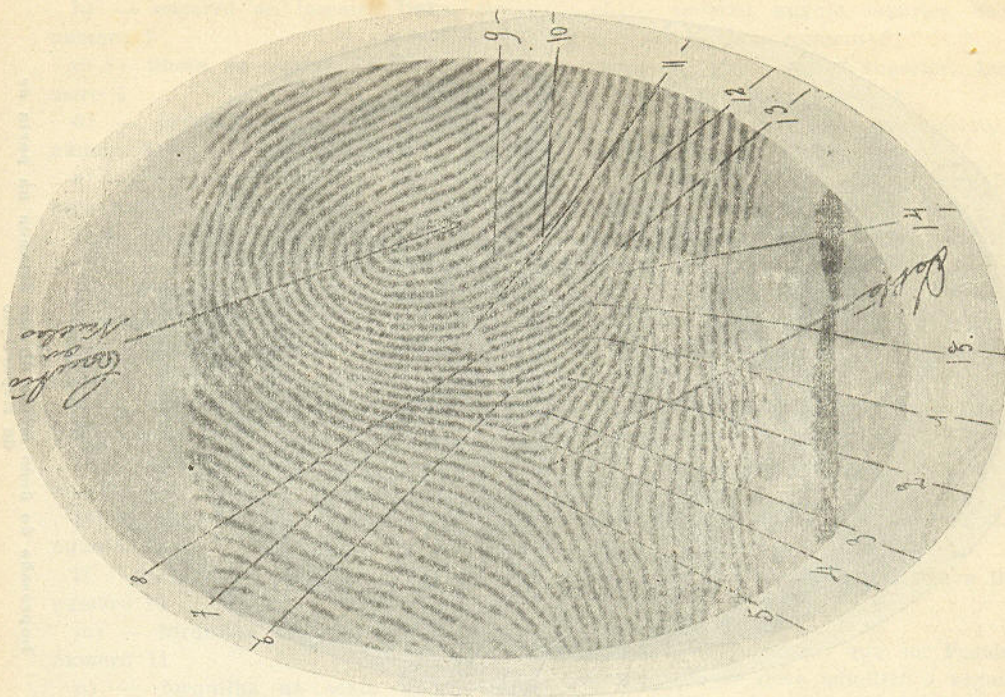
Dactylogramma do dedo indicador direito.
Presilha externa pequena. (fig. 3)

- a) — ilhota centro, (nucleo) traço numero 9
- b) — encerro na quarta linha, traço numero 4
- c) — bifurcação na terceira linha, traço numero 5
- d) — bifurcação na sexta linha, traço numero 6
- e) — encerro na oitava linha, traço numero 7
- f) — bifurcação na nona linha, traço numero 8
- g) — forquilha na sexta linha, traço numero 10
- h) — encerro na terceira linha, traço numero 11
- i) — bifurcação na quarta linha, traço numero 12
- j) — bifurcação na terceira linha, traço numero 13
- k) — bifurcação na terceira linha, traço numero 14
- l) — encerro na quarta linha, traço numero 2
- m) — encerro na quinta linha, ao nivel do delta, traço n. 3
- n) — encerro na sexta linha, traço numero 18
- o) — encerro na setima linha, traço numero 17
- p) — bifurcação na quinta linha, traço numero 15
- q) — bifurcação na oitava linha, traço numero 16
- r) — encerro na undecima linha, traço numero 1.

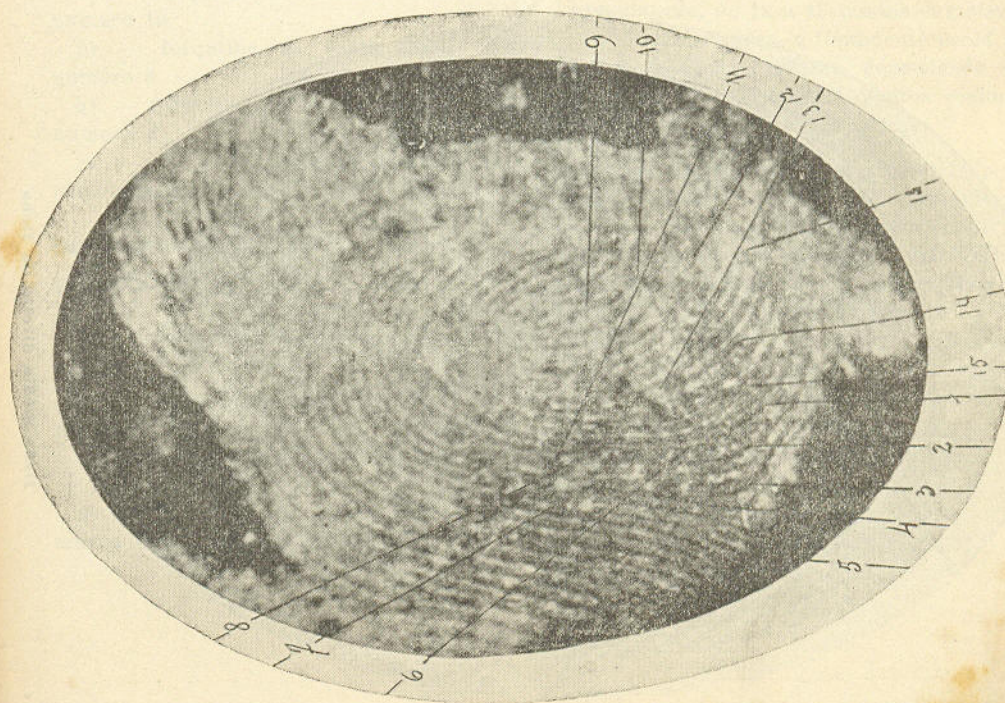
Dactylogramma do dedo medio direito.

Presilha externa larga. (fig. 4)

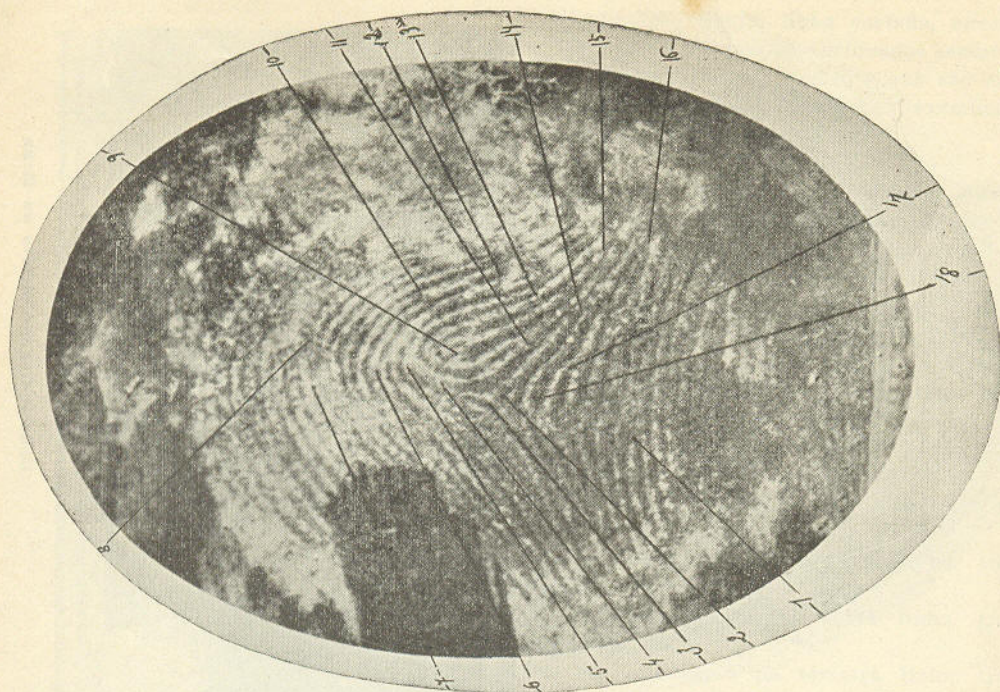
- a) — linha cortada centro (nucleo), traço numero 9



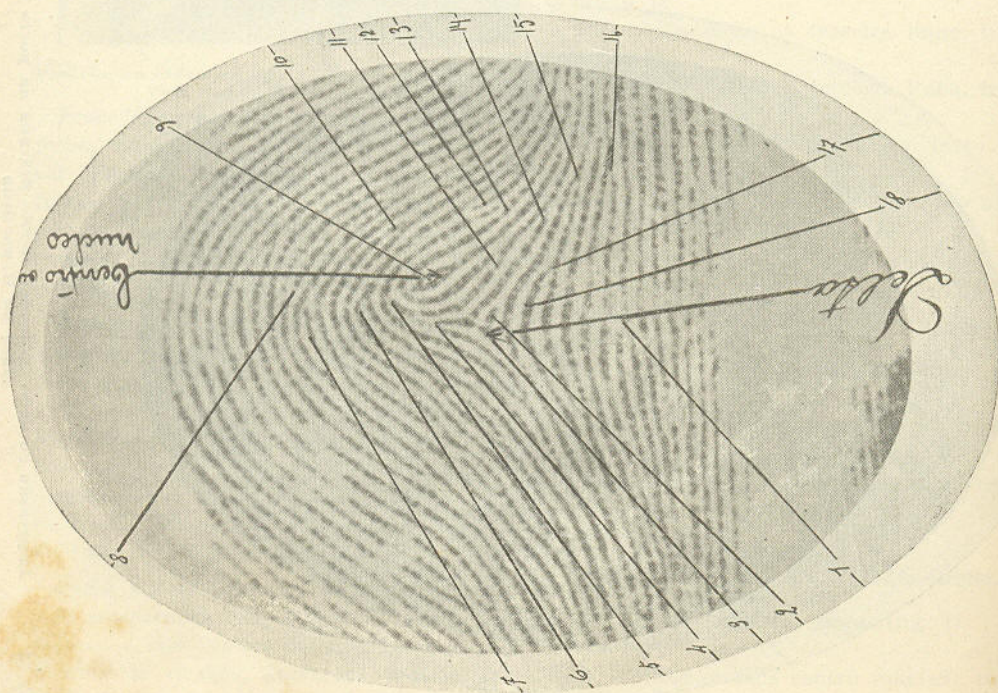
Dedo indicador direito da flecha



Impressão do dedo indicador direito deixada na porta de vidro da Repartição



Impressão do dedo médio direito deixada na porta de
da Repartição



Dedo médio direito da ficha

- b) — encerro na terceira linha, traço numero 7
- c) — ilhota na quarta linha, traço numero 5
- d) — forquilha na sexta linha, traço numero 6
- e) — forquilha na sexta linha, traço numero 2
- f) — forquilha na undecima linha, numero 1
- g) — forquilha na doudecima linha, traço numero 18
- h) — forquilha na undecima linha, traço numero 16
- i) — forquilha na decima terceira linha, traço numero 17
- j) — forquilha na oitava linha, traço numero 15
- k) — forquilha na setima linha, traço numero 14
- l) — bifurcação na segunda linha, traço numero 13
- m) — forquilha na quarta linha, traço numero 11
- n) — forquilha na sexta linha, traço numero 12
- o) — forquilha na decima linha, traço numero 10
- p) — forquilha na sexta linha, traço numero 8
- q) — forquilha na segunda linha, traço numero 3
- r) — encerro na decima quarta linha, traço numero 4.
- e) — encerro, angulo superior, decima quata linha, traço numero 6
- f) — encerro, angulo superior, decima quarta linha, traço numero 1
- g) — angulo superior do encerro, decima linha, traço numero 3
- h) — angulo inferior do encerro, traço numero 4
- i) — forquilha na decima terceira linha, traço numero 14
- j) — forquilha na decima quarta linha, traço numero 15
- k) — bifurcação na decima terceira linha, traço numero 2
- l) — ilhota na vigesima segunda linha, traço numero 5
- m) — bifurcação na decima nona linha, traço numero 7
- n) — bifurcação na decima linha, traço numero 1 3
- o) — bifurcação na decima oitava linha, traço numero 12 .

Releva vos informar, que em **Pericia de identificação** se deve admittir o seguinte: acima de seis pontos característicos nas mesmas linhas e nos mesmos logares é **presumpção**, de 12 a 15 pontos característicos é **quasi certeza**, e finalmente de 15 pontos para cima é **certeza**, dependendo sempre da natureza desses pontos maior ou menor quantidade de desenhos.

Como vedes, forão constatados 18 pontos característicos em dois dactylogrammas e 15 no restante que dão exuberantes elementos de certeza e de valor incontestavel da identidade de —.....

Terminando a presente **Pericia** reportamos a expressão de Bertillon: é **suficiente um fragmento de dedo para identificar-se um individuo**, e no nosso caso, dispomos de tres dedos, com elementos por demais suficientes para a sua identidade.

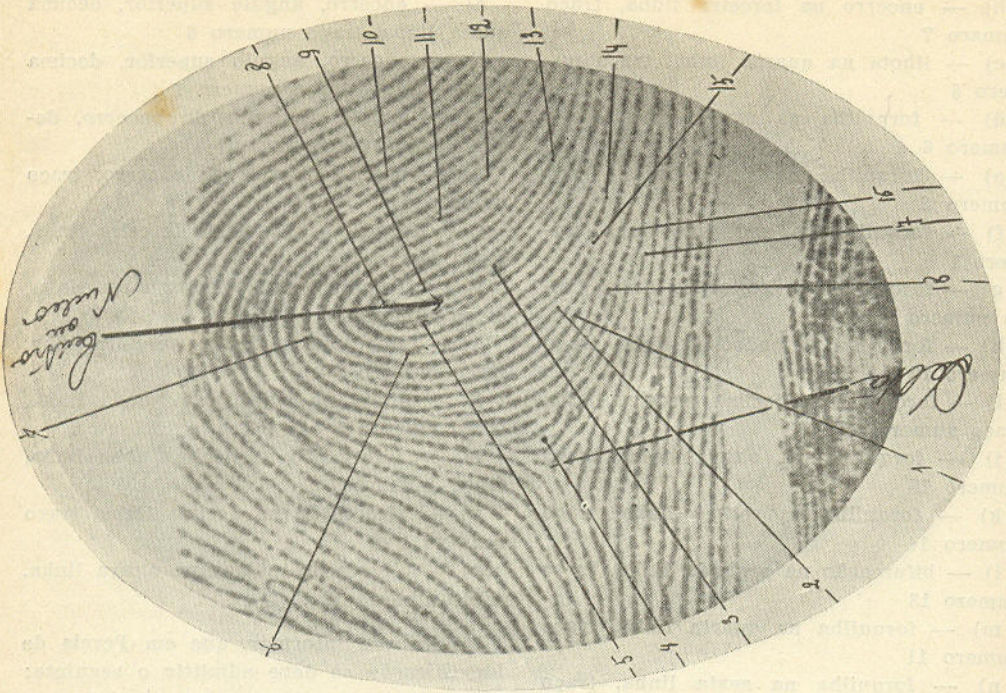
Porto Alegre.

1916

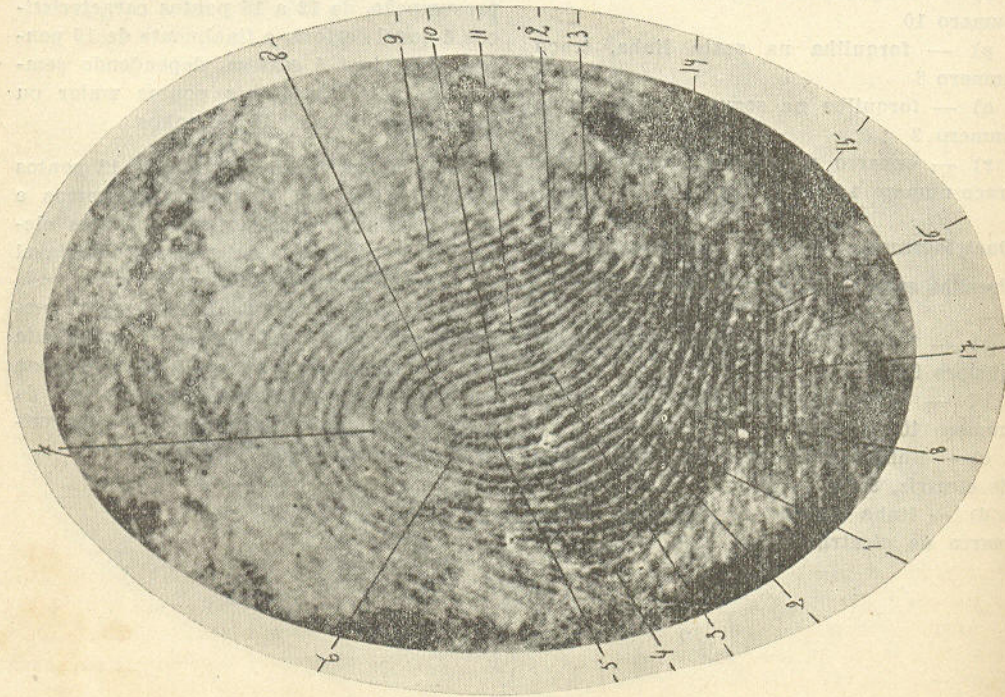
Dactylogramma do dedo annular direito.

Presilha externa larga, com cicatriz. (fig. 5)

- a) — bifurcação na quarta linha, traço numero 9
- b) — bifurcação na sexta linha traço numero 10
- c) — linha cortada na nona linha, marca de cicatriz, traço n. 11
- d) — linha cortada na undecima linha, marca de cicatriz, traço n. 8



Dedo annular direito da ficha



Impressão do annular direito deixada na porta de vidro da Repartição

ANALYSES

Syphilôma primário da coxa direita — Revista Sanitária Siciliana, 1—9—1920.

Obs. clinica do Dr. A. Tomasini Ass. Onor.

Os syphilômas extragenitales representam em syphilographia a excepção, entretanto, o comparecimento do syphilôma primario nos órgãos genitales ou visinhanças destes, é a regra, justamente porque é com o acto sexual que o contagio pôde advir mais facilmente.

Das estatisticas publicadas até agora sobre os syphilômas extragenitales, difficeis de observar, são para enumerar os que se encontram nos membros inferiores, Rühl no seu trabalho sobre syphilômas iniciaes extragenitales e sobre a syphilis de origem extrasexual traz a estatistica de todos os syphilômas de origem extragenital.

Se bem que essa não seja completa, todavia pôde revelar como o numero de alguns syphilômas extragenitales é grande enquanto que dos outros se conhece um numero muito reduzido e demais entre esses estão mencionados os syphilômas dos membros inferiores.

Fournier registra 14 casos apenas de syphilômas dos membros inferiores; e Berdal diz que estas lesões syphiliticas são muito raras.

Seja como fôr, é indiscutivel que estas lesões primarias dos membros inferiores constituem uma verdadeira raridade justamente porque condições especiaes e accidentales de contagio se fazem necessarias para que ellas compareçam em uma séde ainda não frequente do syphilôma genital.

O caso que passo a descrever se refere a uma pobre mulher que na ignorancia de ter sido victima de uma infecção syphilitica se curara por sua conta, acreditando tratar-se de uma lesão banal, dependente, segundo ella, de uma alteração de nutrição de seu combalido organismo.

Eis a historia:

Anamnese remota negativa, a proxima é a que dá a chave do mysterio da sua infecção, pois que esta mulher, bastante idosa, conta que da parte do marido nada pôde suspeitar,

pois vive separada delle ha seis annos por causa de uma doença chronica dos olhos.

Refere, e é o unico ponto que nos pôde elucidar, que tendo um filho syphilitico com manifestações papulosas humidas generalisadas usou, no principio, de todas as precauções possiveis para evitar um provavel contagio.

Depois estas precauções não foram mantidas, continuando ella a lavar as roupas do doente.

Por este tempo sente na coxa direita um prurido que procura alliviar coçando repetidas vezes mesmo nas occasiões em que traz as mãos sujas de lavar a roupa branca do filho.

Com o coçar repetido e intenso provocou a suppuração de alguns folliculos pélliferos que bem depressa se apresentaram sob a fórma de uma larga placa do tamanho de um escudo, fortemente inflammada.

Estado actual — Sobre o terço inferior da coxa direita, face antero-lateral interna, vese uma lesão nodular do tamanho de uma moeda de dez centimos com o maior diametro dirigido obliquamente de dentro para fóra e de cima para baixo.

A lesão se apresenta com coloração pardacenta, indolente, facilmente deslocavel, dura aplegmatica. O fundo é uniforme, os bordos duros, de coloração parda mais escura.

Na região cutanea descripta é facil notar a presença de um classico syphiloma, de papulas de tamanho medio, lenticulares, cujo aspecto tipico não se presta á nenhuma discussão. A garganta é séde de placas mucosas caracteristicas e papulas humidas se observam na lingua e nas commissuras labiaes.

Ganglios tipicamente ingurgitados se encontram nas axillas e regiões inguinaes e laterocervicaes.

Certamente a observação clinica acima referida pertence a um caso raro de syphilôma primario dos membros inferiores. O aspecto da lesão inicial seria sufficiente para estabelecer a sua natureza; o cortejo de phenomenos que a acompanha (syphiloderma lenticular, papulas humidas da garganta etc.) segu-

ramente confirmou o diagnostico e como tal não podemos ter nenhuma duvida quanto ao tratamento da nossa pobre enferma atacada de syphilôma primario da coxa direita e de syphiloderma lenticular generalizado.

“A’ não indifferente estatística da syphilis primaria extragenital juntamos o nosso caso clinico, convencidos de enriquecer, com nossa contribuição, o capitulo da syphilis accidental immerceda.”

A cura mercurial iniciada, immediatamente, com as injecções de salicylato de Hg. trouxe brilhantes resultados, notando-se a resolução completa do syphiloderma lenticular, o desaparecimento das papulas bucco-pharyngéas e das lesões iniciaes.

J. B.

Archivos Paranaenses de Medicina. Setembro de 1920. — *Fórmãs frustas da encephalite lethargica*¹⁾

Pelo Prof. Dr. A. Austregesilo.

Nesta licção o A. se refere a tres casos de encephalite lethargica, um de fórmula classica e dois de typos frustos ou insolitos, observados em sua clinica hospitalar.

O caso classico apresentou todos os aspectos habituaes da doença. O segundo caso foi atypico e afóra a symptomatologia os dados anamnesticos nos disiam que o paciente viera de Portugal, desembarcára com febre e ficára somnolento a ponto de não poder trabalhar e nada fazer.

O terceiro caso que serve de assumpto á licção é muito interessante. Pela extranheza dos phenomenos morbidos, o diagnostico oscilla entre uma meningite chronica, tuberculosa ou serosa de Quinke, um tumor cerebral ou um caso de encephalite lethargica de fórmula pseudo meningitica.

Discutidas e julgadas como improvaveis as duas primeiras hypotheses, parece possivel ao autor a ultima: Um caso frusto de encephalite lethargica, fórmula pseudo-meningitica, com um phenomeno incommum, a cephalaea gravativa, constante, com exacerbações crueis, tam-

bem chamada molestia de von Economo ou Cruchet.

Para o A. a ausencia de grande somnolencia, de paralyrias oculares (excepto a mydriase permanente) não afastam certamente o diagnostico de encephalite. As publicações de Netter, Sicard e as ultimas communicações medicas acérca da encephalite lethargica demonstram que póde haver ausencia de somnolencia, de paralyrias oculares ou de qualquer symptoma essencial. Nas fórmãs delirantes, myoclonicas, pseudo-chronicas e pseudo-typhicas não se registram varias vezes somnolencia ou alterações oculares, maxime do terceiro par.

As abundantissimas communicações na Sociedade de Medicina nos Hospitales de Paris provam como as fórmãs frustas e insolitas entram no quadro da encephalite lethargica.

Em seguida o A. propõe resumir a questão das fórmãs frustas admittindo a orientação classica de Charcot, para as outras doenças nervosas.

1.º Fórmãs frustas iniciaes

2.º Fórmãs frustas por apagamento

3.º Fórmãs frustas por addição de um ou mais phenomenos insolitos.

A respeito da nacroleptia infectuosa epidemica formula a seguinte lei:

“Toda vez que se nos depararem quadros clinicos organicos ou funcionaes, que sejam infectuosos, epidemicos ou não, e que se não possam filiar ás infecções conhecidas, pelas provas de laboratorio, temos o direito, ao menos no momento actual, de diagnosticar encephalite lethargica.”

Quanto ao prognostico bastará pensar que qualquer infecção que ataca os centros nervosos deve receber prognose reservada. Faremos assim para a encephalite epidemica. A porcentagem de morbilidade ainda não se difundiu muito entre nós e os casos não apresentaram grande gravidade. Porém, se admittirmos que o exito lethal é de 20 a 30% temos estabelecido o sinete medico de gravidade.

Parece que a fórmula chronica simples é mais benigna do que a fórmula myoclonica, typhica, ou meningitica.

J. B.

1) Licção proferida no Hospital de Misericordia do Rio de Janeiro e enviada especialmente pelo autor aos “Archivos”.

Um caso de aborto com integridade da hymen.
Pelo Dr. Mario Gomes.

O A. examinou em Antonina uma rapariga de 17 annos que se dizia deflorada. Constatou desde logo que a hymen, de fórma annular, com orificio amplo, de consistencia membranosa e côr normal, achava-se integra, sem o minimo vestigio de qualquer ruptura, por pequena que fôsse, nem cicatriz que nos indicasse qualquer violencia anterior. Pelo orificio que era amplo circular, penetram com facilidade tres dedos juntos sem reacção dolorosa. Através do ostio hymenal ha corrimento de lochios sanguinolentos. Logo acima e para traz da hymen percebe-se o utero, augmentado de volume com o orificio do collo ligeiramente dilatado, no qual se viam tambem lochios sanguinolentos.

O A. faz o diagnostico de aborto confirmado pela presença da placenta expellida que lhe é mostrada, a confissão da menor, de sua mãe e mais duas testemunhas, sendo que uma dellas foi o medico parteiro chamado para examinal-a quando se manifestou o trabalho de expulsão do embryão.

Termina o A. formulando as seguintes conclusões:

1.^a — A menor C. é portadora de uma hymen especial, conhecida pela denominação de hymen complacente, a qual por sua consistencia membranosa e por seu amplo orificio permittiu a copula carnal sem apresentar ruptura alguma;

2.^o — Além da copula a hymen da menor C. tambem consentiu que se realizasse a expulsão de um ovo, com a respectiva placenta, por cujos caracteres julgamos pertencer a um embryão de dois mezes de vida.

J. B.

A syndrome de Fernandes Figueira

Em uma das ultimas sessões da Academia Nacional de Medicina, o Prof. Fernandes Figueira communicou a observação de dois casos, com a apresentação dos doentes, de uma enfermidade impossivel de classificar até agora dentro dos typos nosologicos conhecidos.

Trata-se, assim, de uma nova entendidade morbida, verificada pelo eminente Prof. Figueira, como fica patente pela leitura do relatório firmado pelos Drs. Carlos Chagas, Ju-

liano Moreira e José de Mendonça, que passamos a transcrever:

“O trabalho do Prof. Fernandes Figueira descreve dous casos de dystrophia ossea generalisada por espessamento e desvio systhematisado dos ossos, com contraturas musculares, hyperexcitabilidade galvanica dos musculos da face, redução da estatura corporal, certo gráo de deficiencia mental.

Em uma primeira parte o A. faz a descripção dos casos, que vem acompanhando desde alguns annos, de modo completo e perfeito. Nada escapa á minuciosa pesquisa do Prof. Figueira.

Os antecedentes hereditarios e familiares, com exame completo dos membros da familia dos doentes, o exame somatico dos doentinhos, as pesquisas de laboratorio, os exames radiographicos e anatomo-pathologicos dos liquidos e fragmentos de musculos colhidos por biopse, a analyse do desenvolvimento intellectual dos observados, tudo passa pelo crivo da fina semiotica do autor.

Difficilmente se encontrará observação tão perfeita.

Na segunda parte o A. discute os tres problemas principaes da etiologia, da pathogenia e da classificaçao nosographica dos casos.

Nada ha a additar á analyse conscienciosa e erudita que delles faz, conducente ás hypotheses etiologica e pathogenica que formula e que são as unicas admissiveis, embora tenham de persistir como meras hypotheses, pois no estado actual dos nossos conhecimentos e pelos dados obtidos, os mais completos que a semiotica podia fornecer, não podemos dar a esses problemas uma soluçao definitiva. A hypothese da syphilis é a unica provavel, no caso como razão etiologica das lesões apresentadas.

Embora sem um dado positivo, com as reacções humoraes negativas, quer nos doentes quer nos paes, a gemelidade e o numero de nati-mortos, juntos á degeneração mental de um dos progenitores, são indícios de peso, para admittir a interferencia etio-pathogenica da lues.

Tambem não vemos onde localisar lesões primitivas, senão no apparelho thymoparathyroideu.

Dadas as relações de intima dependencia dessas duas glandulas, de accôrdo com os estudos de Burns, Uhlenluth, Hoskins, Paton,

Watson, etc., não se pôde fallar em lesão isolada de uma dellas, ou alteração funcçãoal, sem que a outra participe da condição anormal.

No caso, senão lesão, perturbação funcçãoal do systema hormonico thymoparáthyroidéu é a hypothese provavel ou a unica admissivel.

Não se enquadram em nenhuma das dystrophias organicas, já estabelecidas, as perturbações ora magistralmente descriptas pelo auctor.

Ou os casos actuaes hão de ficar sem classificação, ou se ha de crear nova rubrica — “*Syndrome dystrophica - osseo - muscular de Fernandes Figueira*” — como mandam a justiça e as boas normas.

J. B.

As sequencias da appendicectomy (J. L. — *Journal des Praticiens* — 7 agosto 1920)

O auctor, depois de referir-se á frequencia da appendicite chronica e á fallibilidade completa do tratamento medico, facto este que fez estabelecer como regra a intervenção cirurgica em taes casos, diz que é tempo de poder-se julgar dos resultados dessa pratica, acceita quasi unanimemente ha um quarto de seculo.

Cita um trabalho de Enriquez sobre o assumpto, o qual estabelece que “*les signes sur lesquels on se base pour poser le diagnostic d'appendicite chronique — et partant pour conseiller l'abation du vermis — répondent parfois à d'autres modifications anatomiques de la fosse iliaque droite que celles appartenant exclusivement à l'appendice lui-même*”.

Chama desde logo a attenção para o facto de muitos individuos operados de appendicite chronica continuarem a soffrer como antes da intervenção, e cita estatisticas de cirurgiões que accusam uma porcentagem de 25% de insuccessos.

A causa destes insuccessos, diz o auctor, de accordo com Walther e outros, é a coexistencia de lesões de visinhança do appendice, como pericolites adhesivas e epiploites mais ou menos extensas, e que uma incisão muito pequena não permite descobrir.

O auctor responsabilisa particularmente a epiploite pre-existente como maior causadora de insuccessos nas appendicites e lembra que as sequencias da appendicectomy pôdem ser

reduzidas a duas variedades clinicas: a) a primeira fórma se caracteriza por um máo estado geral, anemia, febre vesperal diminuindo com o repouso e se accentuando com a marcha. Casos desses têm sido rotulados como de tuberculose latente. Cita um caso em que esse diagnostico foi modificado por ter o enfermo sido operado novamente, após exame radioscopico, tendo sido encontrada uma epiploite extensa e pericholecystite. Outro caso com identico diagnostico de tuberculose, operado de uma epiploite, ficando, como o primeiro, desde então radicalmente curado. b) a segunda fórma não traz febre, predominando os symptomas gastro-intestinaes, como sejam: dôres tardias com regurgitações, constipação com crises de diarrhéa e expulsão de mucomembranas.

O auctor estabelece então como conclusão pratica o seguinte: necessidade de um exame radioscopico completo, *em posição de pé e deitado com exploração methodica* sob o écran praticada pelo proprio medico. Em segundo lugar, praticar incisão sufficiente para explorar o angulo iléo-cecal, o cecum, o angulo colico direito, e sobretudo o epiploon.

G. B.

Angina do peito curada pela resecção do sympathico cervico-thoracico.

(Thomas Jonesco — de Bucarest, rel. na Academia de Medicina de Paris)

Em um individuo que soffria, ha mezes, de accessos repetidos e violentos de angina do peito, Jonesco praticou, a 2 de Abril de 1916, a resecção do sympathico cervico-thoracico. Até quatro annos após a intervenção a paciente continuava perfeitamente bem, sem ter soffrido mais um accesso de angina do peito, sendo considerado completamente curado. E' este o primeiro caso de intervenção cirurgica em casos identicos, avultando ainda mais o interesse do mesmo pelo resultado da operação.

G. B.

Um caso de placenta dupla com fêto unico — Keiffer, de Bruxellas

(Rel. em sessão da Sociedade Belga de gynecologia e Obstetricia)

Este caso foi observado da seguinte fórma: após o nascimento de uma creança de 4 kilos de peso, dá-se a expulsão de uma placenta,

adherente ainda ao amnios, o qual por sua vez estava tambem adherente ao utero. Fazendo uma leve pressão no ventre o auctor verificou a expulsão de outra placenta de fórma ovalar e do mesmo volume que a primeira. Havia entre as duas uma ponte espessa de amnios na qual as duas arterias e a veia umbelical se dividiam, fornecendo ás duas massas placentarias uma quantidade equivalente de vasos.

Keiffer cita outros casos em que se verificou a mesma anomalia, porém nenhum com a nitidez indiscutivel do que apresentou á Sociedade. Quanto á causa de tal anomalia nada existe ainda de positivo. *G. B.*

A proposito da superfetação; diagnostico apoiado sobre a radiographia. — A. Schwaab. (Presse Médicale; Set. 1920)

A questão ainda controvertida da superfetação, recebe com o caso publicado por Schwaab um forte elemento de prova da existencia do facto. Eis a obs. do auctor:

“L., 38 annos, secundipara, recolhe-se ao hospital Rótschild. A 7 de Agosto 1920 parto duplo. Expulsão do primeiro feto, pesando 1.900 grs., typo do prematuro; meia hora depois expulsão do segundo feto pesando 2.850 grs., com aspecto normal. Como as ultimas regras datassem de 7 de Novembro de 1919, segue-se que o parto deu-se, pôde-se dizer, a termo. A gravidez era bi-vitellina, existindo duas massas placentarias reunidas por uma ponte membranosa.

Sabendo que o ponto de ossificação das epiphyses inferiores do femur apparece nos ultimos quinze dias de vida intra-uterina, o auctor teve a idéa de tirar a radiographia dessa região. Tal ponto de ossificação não existe no feto de 1.900 grs. e apparece nitidamente no de 2.850 grs. Dahi se conclue que os dois fetos não tinham a mesma idade de vida intra-uterina, e baseando-se na differença de peso de 950 grs. entre os dois, o auctor conclue que a differença de idade entre ambos é pelo menos de um mez.

Por um desses casos frequentes na clinica o auctor observou poucos dias depois outro caso, aparentemente identico ao primeiro, mas que a radiographia demonstrou ser diferente: K, multipara; parto a 20 de Agosto 1920. Expulsão do primeiro feto de 3.100 grs. e passados quinze minutos o segundo de

2.300 grs. Tratava-se tambem duma gravidez bi-vitellina, mas existia só uma placenta.

Neste caso um dos fetos pesava 800 grs. menos que o outro, porém sem aspecto de prematuro, e a radiographia revelou a existencia nitida dos pontos de ossificação acima citados em ambos os gêmeos.

Esta observação vem, portanto, realçar o valor da primeira. *G. B.*

STUDIUM, 20 — 10 — 1920

A proposito de abcesso hepatico pelo Prof. F. Galdi

A leitura de alguns trabalhos sobre a cura medica do abcesso hepatico dysenterico, apparecidos recentemente no “Policlinico”, despertou ao autor a idéa de publicar a seguinte nota.

Da discussão travada entre Pontano e Simoncelli, o primeiro acreditando na cura do abcesso hepatico pela emetina, o segundo indicando a intervenção a mão armada logo após o diagnostico resulta: que o abcesso hepatico dysenterico não poderia ser considerado como um verdadeiro abcesso mas “como uma collecção de conteúdo fluido, mucoso, translucido, com detritos cellulares necrosados, hemacias e crystaes de acidos graxos (consequencia de um processo necrotico de fusão) com comparecimento de amebas nas paredes, nos capillares, nos tecidos visinhos ao foco e falta de polynucleares os quaes representam a verdadeira caracteristica dos processos suppurativos.

Assim sendo, para Pontano, o abcesso amebico se assemelha a uma gomma syphilitica cujo agente pathogenico é tambem um protozoario (spirochaeta) e posto que, contra a gomma syphilitica, faz-se, com successo, a cura especifica, é para tentar o tratamento pela emetina no abcesso amebico.

E deduz-se ainda que, em materia de abcesso hepatico em geral, é necessario algumas vezes estabelecer o diagnostico differencial com uma gomma syphilitica em phase de fusão.

O A. refere-se a um caso que observou durante a Grande Guerra quando em serviço nos hospitaes da frente italiana e lamenta não ter podido fazer certos exames de laboratorio que muito elucidariam para o diagnostico.

Tratando-se de um serviço hospitalar da zona de operações, faltam o conforto e o

tempo. Falho de dados de laboratorio indispensaveis para chegar scientificamente ao diagnostico nada affirma e diz ser o "que expõe apenas uma visào clinica" do caso.

O doente viera de outro hospital com o diagnostico de uma paratyphoide B firmado por um Widal positivo com hemocultura porém negativa.

Camponez antes da guerra, o paciente é secco de carnes, está deprimido mas com o sensorio perfeito.

Pela amannese nada se apurou de importante, e a não ser uma hemorragia que tivera já ha muitos annos, sempre gosara saude. Dias após sua chegada é tomado subitamente de um calefrio acompanhado de febrícula com regressão pela manhã seguinte e suores. Estes phenomenos se repetem d'ahi com o espaço de 3 a 4 dias augmentando porém sempre de intensidade, até que a temperatura attinge 40.°

Já então o figado se apresenta bem mais endurecido, augmentado de volume e fazendo saliência sob as partes molles e e dôr na região hepatica, terebrante e pulsatil.

Na medida do possivel um exame microscopico do sangue accusa uma discreta leucocytose.

Pelos precedentes de uma paratyphoide B, pelo typo especial da febre e os dados semioticos fornecidos pelo exame do figado seria logico pensar em um abcesso hepatico.

Dadas as condições da extrema debilidadade do doente, um cirurgião consultado contraindica uma punção exploradora e a terapeutica se restringe á administração de arsenico por via digestiva e de quinina e oleo camphorado por via hypodermica. Mas o estado do paciente se agrava dia a dia ao ponto de não lhe ser mais possivel levantar a cabeça do travesseiro.

E' nesse ponto que o Prof. Galdi não tendo colhido o minimo resultado de sua medição e estando na impossibilidade de proceder a uma punção pensa em uma gomma syphilitica e se dispõe a iniciar um tratamento mercurial que é posto em pratica por injeções de bi-iodeto de Hg. Com o novo tratamento as melhoras são sensiveis e depois da 15.ª inj. a regressão dos phenomenos morbidos é completa. Um mez depois já augmenta de peso, recupera as forças e tem grande appetite.

A proposito vêm a memoria as palavras que Murri pronunciava em uma das suas ultimas lições clinicas: "Com quanto o numero das *syphilis ignoradas* tenha hoje diminuido muito, eu não creio que tenha de todo desaparecido o caso de organismos syphiliticos em que o medico não possa colher a prova da lues existente não obstante as mais apuradas diligencias historicas e objectivas."

E accrescentava mais adiante:

"Não obstante os progressos cumpridos nos ultimos decenios não desapareceu de todo para o medico pratico o caso da lues ignorada. E então como lhe admittir a existencia?"

Repito o que sustentei (ha mais de trinta annos!) que se podia algumas vezes chegar á qualidade da causa pela qualidade dos effeitos".

Em seguida o autor faz varias considerações sobre o caso formulando objecções que discute com criterioso arrasoado.

E terminando diz: E' preciso, portanto, concluir que no nosso enfermo as cousas se passaram muito provavelmente como foram expostas. A cura especifica mercurial teria agido directamente sobre o granuloma gommoso destruindo o spirochaeta com acção esterilisante como a emetina sobre a ameba e teria contribuido a opportunas modificações nos tecidos pathologicos livrando o organismo das toxinas da syphilis. Ao mesmo tempo pela melhoria do estado do organismo e secundariamente tambem por uma certa acção do preparado mercurial sobre os elementos septicos (spirocheta) as toxinas e os bacillos paratyphicos seriam vencidos em sua obra devastadora. Nem chegaria eu a sustentar que o mercurio agisse como tal directamente e primariamente contra os germens da paratyphoide porque, dadas as condições locais e geraes a que o individuo estava reduzido, o mercurio pela dose e pela via porque vinha sendo administrado, se mostraria certamente impotente para esse fim, para o qual não é dotado de resto de nenhuma virtude especifica.

Como resulta então do que ficou dito o caso clinico merecia estas rapidas considerações, das quaes resalta evidentemente que, pensar algumas vezes na syphilis em face dos signaes do abcesso hepatico e agir therapeuticamente naquelle sentido, pôde significar a salvação de uma vida.

J. B.

REVISTA DAS REVISTAS

SOBRE A MYATONIA CONGENITA (Doença de Oppenheim)

(P. Haushalter — professor da Faculdade de Medicina de Nancy nos "Archives de Médecine des Enfants" — Março — 1920)

O autor faz interessantes commentarios, dos mais modernos, a respeito da Doença de Oppenheim, em uma monographia, onde são relatadas, minuciosamente, tres observações suas.

Diz que, desde a memoria de Oppenheim, 155 casos desta entidade morbida foram publicados, segundo opinião de Comby, que se baseou no trabalho completo e recente de Faber, medico americano.

Na primeira observação, descrevendo um caso em inicio, mostra as perturbações respiratorias, nelle evidenciadas, o que é devido á atonia dos musculos inspiratorios, sendo a respiração, quasi exclusivamente, diaphragmatica.

Na segunda, traz-nos um caso typico de Doença de Oppenheim, pois a criança, desde o nascimento, até á idade de 4 annos, permaneceu molle, inerte, conservando todas as posições que lhe eram dadas. Depois de 4 annos, porém, produz-se rapida modificação, apparecendo os movimentos voluntarios, começa a marchar, leva os alimentos á bocca, levanta se do chão, póde-se vestir.

Com onze annos, executa os movimentos, como criança normal, mas as articulações conservam uma frouxidão extraordinaria.

A terceira observação é completa, retratando uma menina que, vista pela vez primeira, com 2 annos e meio, morreu com doze, em consequencia de doença intercurrente.

Predominava a myatonía nos membros inferiores, acompanhada de atrophia muscular diffusa, dando á menina uma posição bizarra, toda ondulada, com excessiva escoliose.

Estuda depois o autor a lesão anatomica do mal, onde alguns autores, nas 27 necropsias até hoje feitas, e em virtude da constancia da esclerose muscular, acreditam que a lesão primitiva e essencial estaria no tecido muscular.

Entretanto, outras observações tem mostrado, ao lado das alterações do systema muscular, modificações do systema nervoso, consistindo em raridade das cellulas dos cornos anteriores.

Outros autores, emfim, têm achado diminuição do numero e do volume das cellulas dos cornos anteriores, sem lesões notaveis do tecido muscular. Para a maioria, a lesão dominante consistiria nesta aplasia das cellulas ganglionares, sem lesão de poliomyelite.

R. M.

Em torno do problema ethio-pathogenico da coqueluche

(Prof. Olimpio Cozzolino, na "La Pediatria" — n.º 3 - 1920)

O autor, chefe do Instituto de Clinica pediatrica da Universidade de Parma, faz commentarios a respeito da opinião, enunciada pelo Prof. Ad. Czerny, sobre a coqueluche, segundo o qual esta não seria mais que um catarro local das vias aereas, carregado de germes de naturezas varias, com expressão symptomática de accessos característicos, distinguindo-se a molestia sobre a base de terreno constitucional, predisposto pela herança neuropathica.

Critica a these de Niemann, discipulo de Czerny, e que se baseou em observações de lactentes, por occasião da pandemia de gripe de 1918, onde, após cessado o estado agudo da doença, appareceram accessos característicos da coqueluche.

Cozzolino sobretudo ataca o autor do referido trabalho, por não ter procedido a pesquisa do bacillo de Bordet e Gengou, em falando do contagio, e por ter asseverado, erroneamente, que nas crianças que observou no isolamento, o mal tinha irrompido após a gripe e não por contagio, visto não ter, no asylo, penetrado alguém que podesse ser o portador da coqueluche, e porque criança alguma tinha tido ahi accessos característicos, mesmo muito tempo antes.

Cozzolino pergunta então se alguém poderá asseverar que não foram as enfermeiras e até os próprios médicos os portadores involuntários dos germes?

R. M.

Meningite cerebro-espinhal em um lactente

Começo por arthrite, morte por abscesso do cerebro

(Nobécourt e Jean Paraf — nos “Archives de Médecine des Enfants” — Maio, 1920)

Os autores, fazendo minuciosa observação do interessante caso, seguido de estudo necropsico, preludiam a sua descrição com commentarios, a respeito da raridade de que se reveste.

Mostram como a infecção meningococcica muitas vezes não se revela de conjuncto com os symptomas classicos da meningite cerebro-espinhal, mas sim por uma febre variavel, e por phenomenos geraes, mais ou menos severos, acompanhados ou não de perturbações digestivas, de purpura ou de arthropathia.

O diagnostico ficará em duvida si não se fizer uma punção lombar que dá sahida a um liquido cephalo-rachidiano característico.

Muitas vezes, os doentes não se curam pela sorotherapia: uns morrem rapidamente; em outros a affecção toma marcha sub-aguda, em consequencia de meningites localizadas e de pyocephalias, ao nivel das quaes os meningococcus se acham ao abrigo do sôro introduzido pela via lombar e mesmo por outras vias de accesso utilizadas.

O caso que relatam é de uma criança de seis mezes de idade que entra no hospital no 16.º dia de uma febre irregular, acompanhada de rhino-pharingite, de bronchite e de uma diarrhéa ligeira.

Parece melhorar, mas quatro dias depois de sua entrada, o 20.º da doença, surge uma arthrite da articulação tibio-tarsica esquerda, e a febre novamente sóbe.

Apezar da ausencia de symptoma meningêo, pratica-se uma punção lombar que vem revelar a existencia da meningite por meningococcus.

Apezar das injecções de sôro intensas, tendo a necropsia mostrado a existencia de um abscesso cerebral, de origem meningococcica, no lobo occipital esquerdo.

R. M.

Um caso de paraplegia espastica de origem traumatica

(Dr. Motta Rezende, nos “Archivos brasileiros de Neuiriatria e Psychiatria”, 1.º trimestre — 1920).

O autor justifica a publicação de seu caso pelas condições especiaes que determinaram a síndrome no paciente, pelo pequeno numero de casos registrados em nosso meio e pela interpretação moderna que têm esses estudos.

Após a descrição minuciosa do doente observado, o autor entra em considerações sobre a sua pathogenia, citando casos verificados por Petren e Hartmann, por Schmaus, Claude e Lhermitte, Pierre Marie e Levi, Guillain e Barré e outros, todos de casos em que os phenomenos paraplegicos foram determinados por traumatismos violentos, reunidos, como no seu caso, por um laço pathogenico unico: o choque subíto do liquido cephalo-rachidiano.

Antes de fazer suas conclusões sobre o caso, passa em resenha o estudo anatomo-pathológico, em geral, desses pacientes, citando a opinião de Mairé e Durante, para quem n'esses commocionados o prognostico é pouco favoravel, visto que as lesões vasculares de inicio pôdem ser o ponto de partida de alterações secundarias mais graves e indeleveis.

R. M.

Phenomeno de Kienböck (B. da S. de Med. e Cir. de S. Paulo, Maio, 1920. — Pelo Dr. Nagib Scaff. — N. S. apresenta á Sociedade de Medicina de S. Paulo, para concorrer a uma vaga na secção de “Sciencias Applicadas”, um trabalho em que estuda, deante do *écran* radiologico, as condições do movimento de balança do diaphragma no pneumothorax (phenomeno de Kienböck), em alguns doentes attingidos de pneumothorax artificial ou espontaneo.

Depois de observar a physiologia dos actos respiratorios no pneumothorax, conclue que o phenomeno de movimento de balança é muito complexo, e, que, toda theoria exclusivista para explicar sua pathogenia, o torna incomprehensivel.

A realização do phenomeno suppõe, ao mesmo tempo, a existencia de uma paralysisia do diaphragma, de uma pressão positiva, de certo

valor, intra-pleural, de uma ausencia de adherencias na base do pulmão. Suppõe ainda um desequilibrio na pressão intra-thoracica durante o alargamento do thorax e a entrada do ar no pulmão do hemi-thorax são; um pulmão não totalmente comprimido, que tenha ainda uma pequena elasticidade para obedecer ás variações de pressão. Esta elasticidade pôde deixar de existir quando ha uma lesão antiga do pulmão, que transforme o tecido pulmonar elastico num tecido duro, esclerotico, ou quando a pressão intra-pleural é de tal ordem, que provoca um collapsus total do pulmão e transforma a pleura num espaço fechado, completamente incompressivel.

Este movimento de balança não é o unico phenomeno paradoxal que se observa no pneumothorax; quando esse movimento existe, o pulmão e o mediastino soffrem uma deslocação no mesmo sentido (o movimento pendular do mediastino não tem outra origem.)

O terceiro e quarto casos de perichondrite gangrenosa do pavilhão e do conducto auditivo externo, com invasão do ouvido médio. (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. (Maio, 1920). — Dr. Mario Ottoni de Rezende. — Comunicação escripta feita á Sociedade de Medicina de S. Paulo dos 3.º e 4.º casos de perichondrite gangrenosa do pavilhão do ouvido devida á *associação fusospirillar de Vincent*.

Os dois casos citados se terminam pela morte, apesar do tratamento apropriado. O autor computa inefficaz o tratamento quando a complicação gangrenosa já se tiver instalado.

M. O. R. observa a coincidência dessa temível affecção com a otite média sobrevinda ao *sarampo*.

Ao divulgar essas observações tem em mira não só mostrar o augmento da estatística de casos semelhantes, como lembrar aos collegas a constancia com que se vêm repetindo essa complicação em seguida a otites médias de caracteres, ás vezes, banaes.

Estabelece o seguinte criterio do medico nos casos de otites médias agudas ou chronicas consequentes ás febres eruptivas: a *pesquisa systematica da associação fusospirillar de Vincent*, e, após a confirmação do laboratorio, fazer, *incontinenti*, o "914", por via intravenosa, porque a evolução do processo morbido é rapida, pois, em 48 horas pôde se dar

a eliminação completa do pavilhão do ouvido. Em 72 horas a paralysisia facial é completa e sequestros já são retirados do ouvido médio.

A intoxicação do doente é rapida e a morte sobrevem em 4 ou 5 dias, sem *phenomenos de meningite*.

E que difficuldade ha para evitar isso? — indaga o autor. A de um simples exame bacteriologico todas as vezes que estivermos em presença de um caso de otite média aguda ou chronica.

A. M. S.

Valor clinico da Vaccinotherapie blenorragica (B. da S. Med. e Cir. de S. Paulo, Maio 1920). — Dr. Christiano de Souza. — C. S. depois de estudar a biologia do gonococco e a causa de persistencia da blenorragia, analisa todos os tratamentos, se detendo, sobretudo, na vaccinotherapie e nas grandes lavagens urethro-vesicaes que, actualmente, considera os meios mais efficazes.

Faz varias considerações sobre a preparação das vaccinas, ponto que merece muita attenção, principalmente sobre o processo de matar os microbios e a escolha do vehiculo. Os microbios devem ser mortos pelo frio e o melhor vehiculo empregado, até hoje, parece ser a agua. De grande importancia é o numero de microbios injectados, principiando C. S., na primeira dose, com 10 bilhões, não chegando, nos casos observados, a ir além de 20 bilhões. Demonchy chega a injectar, de uma só vez, 150 bilhões. Prefere as vaccinas preparadas pelo methodo de Demonchy, que são de grande potencia e de vehiculo aquoso. Nos casos apresentados usou productos preparados no laboratorio dos Drs. A. Guimarães e Monteiro de Barros.

Eis as conclusões que tira do estudo sobre a blenorragia e do methodo por elle empregado das grandes lavagens urethro-vesicaes combinadas com a vaccinotherapie de altas doses.

a) A blenorragia cura muitas vezes por si só e, não raro, apesar de intervenções therapeuticas desastradas ou intempestivas.

b) Observações completas de doentes de blenorragia submettidos a este ou aquelle tratamento não são de facil obtenção, porque, quasi sempre, elles, conseguindo melhoras, fogem das salas de consultas ou abandonam o regimen dietetico aconselhado.

c) A vaccina antiblenorrhagica tem effeito positivo sobre todas as manifestações da blenorrhagia.

d) As urethrites gonococcicas são melhora-das pelas vaccinas.

e) A combinação do processo classico das grandes lavagens urethro vesicaes com a vaccino-therapia é, na hora actual, o melhor meio de combater as urethrites blenorrhagicas.

f) A vaccina diminuindo a virulencia do gonococco e as lavagens da urethra retirando-o de sua superficie, provocam nella um *statu-sanabile*, favoravel á acção dos meios de defesa naturaes.

g) Quando a vaccina não produz beneficio ao doente, ao lado de outras causas procuradas para explicar o facto, deve-se pensar tambem em um defeito de sua preparação ou de sua utilização.

h) A reacção produzida por doses de 5 a 10 bilhões de germens é nulla ou insignificante, tudo dependendo de condições individuaes personalissimas.

i) Estando mais ou menos estabelecido que para haver effeito util da vaccina seja preciso uma certa reacção organica, parece que as doses empregadas até agora ficam muito aquem das realmente necessarias.

j) As complicações para-urethraes ou distaes são raras nos doentes submettidos á vaccino-therapia blenorrhagica.

k) Com o apparecimento da vaccino-therapia anti-blenorrhagica as enfermarias de clinica cirurgica viram-se livres dos doentes de arthrite blenorrhagica, condemnados, como eram, a mezes e mezes de immobilisação para, no fim de contas, sahirem do hospital com de-formações definitivas."

A. M. S.

Deformidades das mãos causadas por cicatrizes datando da infancia. (Jornal de Medicina de Bordeaux, 25 agosto de 120). — W. Dubreilh e Bardet — Estudam as deformidades causadas pelas cicatrizes quer de perdas de substancia deixadas por suppurações prolongadas, lesões tuberculosas, queimaduras do 2.º grau, longamente suppuradas ou queimaduras do 3.º grau.

Nos membros, e, principalmente, nas extremidades, a retracção agindo sobre porções moveis do esqueleto, pôde limitar seus movimen-

tos, lhes imprimir attitudes viciosas, trazer subluxações.

As complicações das cicatrizes são proporcionaes á sua profundidade.

Nas creanças, agindo sobre orgãos em via de desenvolvimento, suas consequencias mais graves. O tecido cicatricial não cresce como o tecido normal, á retracção dos primeiros mezes, que produz os mesmos resultados que no adulto, vem se ajuntar as paradas de desenvolvimento resultantes de que os orgãos profundos, maximé o esqueleto, procuram, em vão, augmentar no envolucro inextensivel que os constringe.

Além das causas puramente mechanicas, a ischemia (o tecido cicatricial é pouco vascular por si mesmo e sua constricção detem a circulação) a immobilisação que arrasta a atrophia dos orgãos, e, principalmente dos musculos. A "atrophia numerica dos tecidos" de Klippel e seus alumnos goza tambem um papel importante na redução volumetrica dos orgãos attingidos. As deformidades das cicatrizes são produzidas mais commumente por queimaduras; seguem-se depois as resultantes de lesões tuberculosas, etc. O interessante é que os portadores destes cotos, ás vezes informes, raramente se apresentam ao medico queixando-se de sua deformidade, de tal modo se adaptam á sua situação. W. D. e B. illustram seu estudo com 2 interessantes observações, acompanhadas de photographias e radiographias.

A. M. S.

O diagnostico dos syndromes dysentericos agudos. (Jornal de Medicina de Bordeaux, 25 de agosto de 1920). — René Damade. — Na Europa, com a guerra, a presença de contingentes indigenas complicou o diagnostico dos syndromes dysentericos agudos. René Damade, em seu trabalho, dá um processo que permite, immediatamente, fazer a differença de um syndrome devido ás ámebas do de um dysenterico bacillar.

Passando sobre uma lamina um fragmento de *glairc* emittida ha mais ou menos tempo, faz-se um esfregaço delgado que se deixa secar ao ar livre. Estes esfregaços se conservam muitos dias. Depositar I gotta de azul de methyleno em solução aquosa a $\frac{1}{500}$ sobre uma laminula com a qual se recobre a prepa-

ração; apoiar levemente, examinar com imersão (prof. Sabrazés).

Na dysenteria bacillar, no principio ou no periodo de estado, o esfregaço contém uma grande abundancia de leucocytos mono e polynucleares; é uma verdadeira leucocytorrhéa (prof. Le Dantec). As hematias são mais ou menos numerosas; as cellulas epitheliaes e os germens microbianos muito pouco abundantes. A' medida que a affecção se attenúa, os leucocytos desaparecem e a flóra bacteriana torna-se muito rica, como nas fezes normaes. Na dysenteria amebica acham-se muito poucos leucocytos, mas muitos microbios e cellulas epitheliaes.

A. M. S.

O signal da mão — (Contribuição ao diagnostico da syphilis.) — Sob este título o Dr. Posadas, professor supplente da Faculdade de Buenos Ayres, apresentou ao primeiro Congresso Nacional Argentino de Medicina um facto bem curioso.

Elle pretende que nos syphiliticos adiantados se o ache quasi seguramente, emquanto que nos syphiliticos recentes seria muito mais raro. Assim é, que, sobre 493 doentes infectados, em tempos muito differentes, teria observado esse signal 321 vezes, seja 65,11 %. Sobre 397 doentes infectados ha mais de 3 annos a frequencia sóbe a 80,85 %.

Esse signal se localisa na região hypothénar. Consiste elle em uma macula de côr rosea, mais ou menos intensa, segundo os individuos, de character congestivo, determinada por uma vaso-dilatação capillar.

O autor deu a esse signal muito interessante, si suas observações se verificarem, o nome de *signal da mão*.

A. M. S.

THESES DE BORDEAUX

Tratamento de angina fuso-espirillar — pelo Dr. Guillet — O chlorato de potassio, a tintura de iodo, o sublimado, o Dakin, o azul de methyleno a 1%, o nitrato de prata tem sido empregados com succèsos variaveis. O arseno-benzol em tóques em uma solução glicerinada a $\frac{1}{10}$ traz a cura completa da angina em 7 dias. Esta solução se altera rapidamente, é melhor preparal-a no momento de servir-se.

Contribuição ao estudo da insufficiencia suprarenal em cirurgia, pelo Dr. Bassé. — Existe uma fôrma fulminante de insufficiencia suprarenal na qual o doente apresenta accidentes graves com character de envenenamento que sobrevem sem causa occasional ou depois de uma intervenção cirurgica. Esta fôrma, diz Sezary, é geralmente devida a uma lesão destructiva das suprarenaes (tuberculose muitas vezes, cancer algumas vezes); é muito importante conhecê-la no ponto de vista medico legal. Seu conhecimento permittirá não accusar injustamente o cirurgião.

Sobre a dessensibilisação, por meio da peptona, da creança sôrotherapisada. Prof. L. M. Spolverini. La Pediatria, Setembro de 1920. — L. M. S., baseado na moderna concepção etiopathogenica da anaphylaxia, isto é, que os symptomas geraes de hypersensibilidade serica não são nitidamente especificos sendo antes uma reacção de grupo, do grupo das proteínas, obtem, pela injección subcutanea duma solução de peptona, a não eclosão dos phenomenos anaphylaticos após a inoculação desencadeante de sôro.

Suas pesquisas foram feitas sobre creanças de 2 a 6 annos internadas no isolamento de dipthericos, e, para operar em condições identicas, escolheu creanças que não tivessem, anteriormente, tomado injección de sôro.

L. M. S. preferiu, para suas demonstrações, a peptona de Witte porque contém maior proporção de proteose primaria de que a riqueza constitue a especialidade daquella substancia.

De suas experiencias tira a conclusão de que é possivel, com a injección subcutanea de peptona, tolher ao organismo a sensibilisação produzida pelas progressivas injeções de sôro.

Ulteriores pesquisas, já em caminho, mostrarão os aperfeiçoamentos da tecnica para dessensibilisar de um modo completo, a quantidade indispensavel para obter o maximo effeito, a duração da dessensibilisação e o effeito de outras substancias proteicas.

A. M. S.

Um novo symptoma de inflammação das meninges. O phenomeno do pé. Nizzoli — Rev. de Clinica Pediatrica, Dez. 1919.

O autor passa em revista todos os variados phenomenos para o diagnostico da meningite.

Diz depois, que, ao observar dois casos de meningite tuberculosa teve de pôr em relevo um dado semiológico de uma certa importância, que, poderá ser, junto a outros dados, de um certo auxílio na diagnose da meningite.

Esse symptoma consiste na flexão dorsal do dedo grande do pé e na disposição em leque dos outros dedos; signal que se provoca flectindo uma perna sobre a coxa e esta sobre a bacia, exercendo-se uma moderada compressão, e, observando si se determina o movimento supradito no pé do membro oposto.

Pelo que affirma o autor, tal reflexo não se determina em nenhum outro estado morbido nem é verificado no estado são.

Iovane.

Tratamento da coqueluche pelo benzyl benzoato. Macht dá de 5 - 40 gottas de uma solução a 20 %, 3 a 4 vezes por dia. E' um palliatio que traz francas melhoras em 50 % dos casos. — (*Bull. of J. Hopkins Hospital*, Julho 1920).

Guillain e Labbé citam 5 casos de epilepsia sobrevinda em casos graves de diabete, em que esta dependia da acidose e desaparecia com o tratamento desta.

(*Bull. de la Societé des Hospitiaux*, Paris VI, 920).

A. D.

Syphilis da aorta e reacção de Wassermann — G. Bock, que estudou, post-mortem, 385 casos de syphilis aortica, faz vêr que só em 66,5 % dos casos a reacção de Wassermann fôra positiva, e d'ahi conclue que essa reacção sendo negativa, n'um dado caso, não permite afastar a syphilis como causa da aortite.

Insiste pelo tratamento energico mixto.

A. D.

(Medzinische Klinik — N.º 17 — 1920)

Hirschfeld acha que, sendo só secundaria a acção do baço na *anemia perniciosa*, a esplenectomia só pôde dar resultados passageiros.

O tratamento dessa molestia deve ter por fim estimular o poder hematogenico da medulla ossea.

A. D.

(Zeit. f. Klin. Medizin)

Cahn - Bromer propõe o *tratamento da tuberculose pulmonar* por injeções de chlorhydrato de quinina.

A dõse é de 0,50 cent. de 2 em 2 dias.

Diz ter obtido excellentes resultados.

A. D.

Manifestações oculares na encephalite lethargica.

Dr. A. Trantas.

(La Grèce Médicale — Agosto 1920).

O A., como oculista do Hospital Hellenico de Constantinopla, teve occasião de examinar 30 casos de encephalite lethargica, dos quaes um apenas não apresentava perturbações para o lado do aparelho da visão.

Num resumo muito instructivo de suas observações Trantas estuda as manifestações oculares por elle verificadas, a ptose, as paralisias ou paresias dos rectos superior e inferior, interno e externo, uni ou bilateraes, as perturbações da accommodação e da convergencia, a anisocoria, a myose, a abolição dos reflexos da iris á luz e á convergencia, a deformação das pupillas, a diplopia, o estrabismo, o lagophthalmos, o nystagmo e as lesões ophthalmoscópicas entre as quaes observou lesões chorioretinicas que até então inda não vira assignaladas nessa entidade morbida. São placas de cor cinzento azulada, do tamanho de uma moeda de 50 centimos, situadas um pouco para fóra da pupilla e formadas por um exsudato retiniano recente.

J. L. A.

SOCIEDADE DE MEDICINA

RESUMO DOS TRABALHOS

Sessão de 23 de Abril de 1920: O prof. Nonohay apresenta um trabalho escripto de sua auctoria sobre "Syphilis e glandulas endocrínicas". De accordo com os Estatutos o Dr. Presidente nomeou o Dr. Renato Barbosa para emittir parecer escripto sobre o trabalho apresentado.

— O prof. Annes Dias relata o caso clinico de uma moça de 26 annos, diabetica ha dez annos mais ou menos, e que, em certa occasião, no anno passado, chegou a apresentar 353 grs. de assucar nas urinas de 24 horas. E' obesa e soffria tambem de intensa metrite que se aggravou mais tarde de uma grave salpingite.

Tentativas de tratamento do diabete pelo methodo de Allen não deram resultado porque a doente a elle não se submettia.

Como apparecesse acetona na urina empregou a alcalinisação intensa e alguns dias após, como tivesse peorado, fez injecções intravenosas de bicarbonato de sodio. Alguns dias depois as melhoras manifestaram-se.

Não tardou muito tempo já era chamado em companhia do prof. Mario Totta afim de attender com urgencia a sua cliente, presa de forte colica hepatica, para cujo combate foram necessarias quatro injecções de morphina durante o dia. Os phenomenos morbidos do apparelho genital exacerbaram-se, sendo porém logo dominados.

Ha tres dias o exame de urina revelou: ausencia de assucar e de acetona, e a albumina que accusava 3 grs. cahiu a 10 ctgrs. em 24 horas. Termina chamando a attenção para o methodo de Allen que, a seu ver, foi soberano neste caso.

— O prof. Guedes falla sobre um caso de observação rara na clinica: Individuo de 28 annos, deste Estado, branco, solteiro, tendo sido sadio até os 14 annos, época em que começou a doença actual.

A primeira vez que foi acometido tra-

balhava elle em uma atafona, tendo-se manifestado a doença por um ataque convulsivo que durou alguns minutos.

Logo após se lhe estabeleceram abalos musculares mais ou menos violentos que elle denomina "estirões nos musculos".

Dahi para cá soffre sempre; ás vezes, aos estirões succedem os ataques convulsivos, que se lhe annunciam por um "reviramento nos olhis". Em consequencia, perde a consciencia do que lhe está acontecendo durante todo o tempo do accesso; no dia seguinte fica abatido, torporizado.

Assim vive ha 14 annos, com pequenas alternativas de melhoras e de peoras.

Ha dysartria profunda nesses momentos, ficando o doente como gago. Pensa tratar-se um caso de *myoclonia*, justificando esse diagnostico, fazendo considerações sobre o diagnostico differencial e enquadrando por fim o seu caso na chamada *syndrome de Unverricht*.

— O prof. Martim relata um caso de laparotomia exploradora do seu serviço hospitalar. A doente entrára em estado grave, não tendo podido prestar esclarecimentos senão momentos antes da intervenção.

A doença começou com phenomenos de oclusão intestinal lenta, apparecendo vomitos alimentares, mas não fecaloídes.

A' entrada da doente, havia symptomas de peritonite, estado geral máo, temperatura pouco acima de 36°, meteorismo, um pouco de ascite. Nos ultimos dois dias não eliminou fezes nem gazes. Havia obliquidade na distenção do abdomen, que era mais elevado á direita e para baixo. Encontrou positivo o signal de Skivuell, util para o diagnostico dos volvulos consecutivos ás sigmoidites e mesenterites. Faz considerações sobre o diagnostico e relata o acto operatorio: aberto o ventre encontrou o cœcum ainda distendido e o appendice adhe-

rente, e aos lados destes manchas avermelhadas porém sem tuberculos. Retirado o appendice e examinada a cavidade pelvica encontrou tudo em uma massa a qual foi descollando até encontrar o fundo do utero, que era pequeno. Achou ainda uma ane-xite que talvez fosse a causa dos phenome-nos de pelvi-peritonite.

A alça sigmoide descia até a cavidade pelvica, não havendo torsão, embora se ob-servassem phenomenos de obstrução lenta. Faz ainda alguns commentarios sobre o caso, sendo após encerrada a sessão.

Sessão de 30 de Abril de 1920: Aberta a sessão foi dada a palavra ao prof. Annes Dias para proceder á leitura da sua annun-ciada conferencia sobre: "Do papel das glandulas de secreção interna na pathologia gastro-intestinal".

O orador occupou a attenção do auditorio por espaço de quarenta minutos, dis-correndo com brilho sobre o interessante as-sumpto.

Foi após encerrada a sessão.

Sessão de 7 de Maio de 1920 — Foi lido pelo Dr. Renato Barbosa o seu parecer so-bre o trabalho escripto que o prof. Nonohay apresentára em sessão de 23 de Abril pas-sado. Postos em discussão o trabalho e o parecer, trava-se animado debate entre os prof. Nonohay, Renato, Esteves, Pereira Fi-lho e outros.

Os trabalhos referidos foram publicados em o numero 2 desta Revista.

Sessão de 14 de Maio de 1920 — O prof. Guedes relata um caso de sua clinica hos-pitalar, observado em um individuo de 26 annos, recolhido ao Hospicio S. Pedro. No seu passado morbido evidencia-se: escro-phulas na infancia, blenorragia e boubas na mocidade; usou e abusou do alcool, o que lhe trouxe por vezes effeitos mentaes. Apresenta-se em attitude tranquilla, physio-nomia serena, delicada de maneiras; atten-ção expontanea e reflectida, boas; humor discreto, presente a percepção; orienta-se muito bem quanto ao meio, logar e tempo; memoria perfeita em suas modalidades; ma-nancial de idéas reduzido, associando-se por-ém, harmonica e normalmente; raciocinio

e julgamento, ao nivel da sua capacidade mental, soffrivel e nenhum grão de cultura; ethica e esthetica boas. No subjectivismo apresenta perturbações cenesthicas, "dô-res por dentro" na cabeça e em todo o cor-po; quem o ouve fallar nota a preocupa-ção constante que tem em se queixar de todos os orgãos, exagerando pequenas des-ordens do seu somatismo, que não tem fundamento.

Apresenta um estado delirante de perse-guição, allucinações visuaes e auditivas, além de cenesthicas, estado hypocondria-co, vê pequenos vultos, uma familia de morenos que lhe apparecem pequenos. No seu pensar lhe apparecem no escuro, por isso julga ter o juizo escuro e a vista negra. O prof. Guedes mostra nestas allu-cinações o interesse do caso, citando a pro-pósito Rogues de Fursac que as denomina "allucinações lillipatianas" apresentando duas observações, e mais modernamente duas outras, nitidas, chegando mesmo a con-clusão de serem tres individuos alcoolistas. O prof. Guedes termina chamando a at-tenção dos collegas para a grande actuali-dade deste interessante assumpto de psy-chiatria.

O prof. Freitas e Castro relata um caso de sua clinica, cujo interesse diz residir na dificuldade do diagnostico.

Uma criança de pouca idade, ha tempo apresentava vomitos e diarrhea intensa, symptomas esses que tinham-se mostrado rebeldes a todo tratamento. Lembrou en-tão, embora baseado em elementos escas-sos, a possibilidade de uma manifestação de syphilis hereditaria. Feito o tratamento mercurial, o resultado não se fez esperar, tendo desaparecido toda a symptomatologia gastro-intestinal com cinco fricções apenas de ungimento napolitano. Anteriormente ha-viam morrido outros irmãos da creança ci-tada apresentando, mais ou menos, o mesmo quadro clinico sem que a syphilis tivesse sido lembrada. Ha pouco tempo, passados já cinco annos do seu primeiro caso, teve teve occasião de ver um irmão daquelle apresentando os mesmos symptomas, e com a mesma idade em que o outro adoecera. Instituido o tratamento mercurial foi opti-mo o resultado.

— O prof. Blessmann communica um caso

observado na Enfermaria Dr. Wallau e que tem de particular interesse o diagnostico differencial na occasião de examinar o paciente pela primeira vez, trata-se de um individuo de quarenta annos, côr branca, portador de um tumor de ventre um pouco visivel e bem palpavel, situado á esquerda da linha mediana, no quadrante superior, mantendo relações com a região epigástrica, hypochondrio esquerdo e parte da região umbelical, de consistencia pouco solida.

A anamnese nada revelou a não ser dôres expontaneas e provocadas, não se relacionando com perturbações gastro-intestinaes; acha-se emmagrecido ha dous mezes, tendo-se recolhido ao hospital unicamente devido ás dôres. O diagnostico de séde anatomica não fóra estabelecido, mas pela idade e pelo emmagrecimento do paciente suspeitou-se de um tumor, maligno. O exame revelou mais a immobilidade do tumor, e nos primeiros exames parecendo haver adherencias com o figado, que era regularmente augmentado de volume. O tumor desapparecia pela insuflação do estomago, limitando-se então perfeitamente o figado, sendo que a insuflação do colon fazia-o desapparecer parcialmente. A pesquisa do sangue occulto nas fezes foi negativa. Feita a radioscopia, não foi possível ainda assim precisar a séde, tendo para o diagnostico deste caso o professor Blessmann apresentado tres hypotheses: tumor da cavidade dos epiploons; tumor do pancreas (cystico); tumor da parede posterior do estomago. Feita a laparotomia exploradora encontrou um tumor localisado na parede posterior do estomago, com começo de adherencia com o pyloro, tendo praticado embora com difficuldade uma gastro-entero-anastomose. A reacção de Wassermann no sangue foi francamente negativa; as hematias orçavam por 4 milhões por mm³, e a curva leucocytarisa revelou polynucleose pouco intensa (75%).

A proposito deste caso o prof. Annes Dias relata outro observado na "Enfermaria Dr. Masson" e que apresentava dôres na região epigástrica, sobre a linha xyphoumbelical, sem apresentar perturbações gástricas. A figura radioscopica mostrava um estomago amputado de bordos nitidos o que, alliada a outros symptomas suggeriu a idéa dum

cancer extra-gástrico (sem invasão da cavidade gástrica). Verificou-se mais do exame radiologico o perfeito funcionamento duma bocca gastro-entero-anastomatica, explicando-se assim a ausencia dos phenomenos de estase residindo neste facto o interesse do caso.

Trocam idéas sobre o caso os prof. Annes Dias e Nogueira Flôres, lembrando esta a constatação radioscopica de adherencias e aquelle referindo-se a injeccão de oxygenio na cavidade abdominal, ainda não empregada entre nós.

O prof. Annes Dias relata ainda outro caso de sua clinica, observado em um individuo de 64 annos e que examinára pela primeira vez ha dois mezes. O paciente começou a sentir dôres gástricas ha dez mezes atraz, conservando esse estado durante cinco mezes; tinha bom appetite e alimentava-se de carne leite e ovos sem sentir dôres com a ingestão desses alimentos.

Ha quatro mezes fóra a Montevideo onde tratou-se com dois medicos, que lhe diagnosticaram uma molestia do figado e lhe fizeram cinco injeccões de "914" de 0,gr45. Apezar disso seu estado aggravou-se tendo recrudescido as dôres e apparecido ictericia. Quando o viu pela primeira vez ha dois mezes, ainda encontrou restos de ictericia, evacuações brancas e observou um novo signal, a dysphagia gradual, primitivamente para os solidos; pouco tempo depois só deglutia liquidos, despertando nessa occasião dôres violentas, eructações e regurgitações frequentes; apresentava o reflexo esophago-salivar de Roger e anorexia.

O exame do estomago revelou: dôres retro-xyphoidianas com irradiações para o lado esquerdo do thorax; pelos Raios X observou uma parada do leite de bismutho mais ou menos ao nivel da 4.^a costella.

Pensou então num estreitamento do esophago, organico ou espasmodico, porém, o emprego da belladonna em altas doses, durante tres dias consecutivos, em nada modificou o primitivo resultado do exame radiologico. Reflexos pupillares preguiçosos; dôres retro-esternaes e costaes; pyorrhéa; arhythmia, tendo tido já colicas hepaticas. Diagnosticou então cancer do esophago.

A pesquisa do sangue occulto nas fezes foi positiva uma vez e negativa outra.

Pressão arterial maxima 16 — minima 10; differencial $6\frac{1}{2}$; indice oscillometrico $3\frac{1}{2}$; resistencia globular 0,33; cholestrina no sangue 2,6 por mil; uréa no sangue 0,38 por litro; poder anti-tryptico do soro 0,90; reacção de Wassermann fracamente positiva (+ 0); fórmula leucocytaria-polynucleares neutrophilos 72,8%; eosinophilos 1,6%; basophilos 0,2%; grandes e médios mononucleares 23%; lymphocitos 1,4%; fórmas de transição 1%; a eliminação do azul de methyleno intermittente, sendo a duração total de 54 horas.

Para o diagnostico deste caso recorreu ainda á esophagoscopia que foi praticada pelo Dr. Julio Hecker e que revelou uma estenose do esophago mais ou menos ao nivel do estreitamento broncho-aortico, tratando-se dum tumor que fazia compressão sobre a parede externa do esophago.

Como tratamento propoz ao paciente, applicações locais de radium, por meio dum tubo esophagoscopico, como sendo a única probabilidade de successo. Quinze dias depois da esophagoscopia o doente apresentou: temperatura 38°, accessos de tosse acompanhados de vomica de puz fetido, o que se repetiu nos dias seguintes com alguma melhora.

As applicações de radio foram recusadas pelo paciente, e um mez e meio depois fora o relator chamado com urgencia para attendel-o, pois não deglutia mais nem a agua, alimentando-se então por meio de clysteres. Praticou então uma gastrotomia de urgencia com anesthesia local, pois havia contra-indicação á anesthesia geral devido a bronchite septica.

Chama-se a attenção para a importancia deste facto, como um dos pontos mais interessantes desta observação.

Tres dias após a intervenção o doente passa bem, ser ter havido complicação.

Trocaram idéas sobre o caso os Drs. Annes Dias, Blessmann e Hecker.

Sessão de 21 de Maio de 1920 — Aberta a sessão o Dr. Presidente dá a palavra ao prof. Victor de Britto para dizer a sua annunciada conferencia sobre "Considerações practicas sobre as complicações endocraneanas

nas otites médias". Por espaço de hora e meia o conferencista prendeu a attenção do auditorio fazendo largas considerações sobre os tres capitulos em que dividiu seu trabalho: I) dados estatisticos; II) leitura de varias observações e alguns documentos com necropsia; III) tratamento.

Sessão de 28 de Maio de 1920 — O prof. Martim Gomes refere-se a dois casos que anteriormente apresentou á Sociedade e cuja observação deseja agora completar. O primeiro era uma doente portadora de uma salpingite; que, sendo mais detidamente examinada, deixou perceber no fundo de sacco de Douglas uma sensação de fluctuação, suppondo por isso que fosse uma collecção purulenta. Como a febre fosse alta e o tumor fizesse saliencia na vagina propoz uma colpotomia. Anestesiada a paciente percebeu que a collecção como que diminuira, parecendo-lhe até que este se tivesse rompido; ao mesmo tempo pela palpação no ventre sentia ainda o tumor com a sua primitiva consistencia. Praticou então uma punção que lhe deu certa quantidade de liquido citrino, limpido, indicando uma collecção serosa.

Poucos mezes depois, outro caso appareceu na Enfermaria. Havia um para dois mezes que a doente tinha febre e dôres que impediam um exame minucioso. Pareceu-lhe com tudo que a differença observada varias vezes na tensão do liquido da collecção, indicava-lhe um diagnostico igual ao primeiro. Anestesiada a paciente, o aspecto da collecção modificou-se e a intervenção não foi levada a effeito, sendo apenas praticada uma punção que bastou para restabelecer a doente.

Pensa, em vista desses dois casos, que uma collecção enkistada no Douglas numa paciente com salpingo-peritonite aguda e oscillações thermicas de 3 grãos, póde ter uma natureza não purulenta e sim serosa, diagnosticada antes da colpotomia. Militam a favor dessa hypothese a diminuição grande e rapida da consistencia da collecção, principalmente sob anesthesia. Neste caso, pelo toque combinado, a pressão da mão abdominal faz refluir para a vagina e deixa perceber pelo dedo vaginal, uma collecção muito fluida e que antes era tensa, atra-

vez de uma parede vaginal sem espessamento nem infiltração inflamatória que corresponda ao volume da collecção.

Falla ainda o prof. Martim sobre outro caso que já apresentou á Sociedade. Trata-se de um blenorrhagico julgado curado a provas varias; pelo toque rectal notou um tumor que embaraçava o curso das fezes, tumor esse provavelmente inflamatório, mas sem ter trazido elevação de temperatura. A consistencia lembrava a da vesiculite tuberculosa. Mais tarde eliminou nova quantidade de puz, mas a pesquisa do baccillo de Koch foi negativa. Syphilis tambem negativa. Mais tarde fôra a uma praia de banhos donde teve que regressar apressado por causa de uma orchite, com o canal deferente espesso e doloroso. Pesquisas microbianas negativas. Produziu-se uma ruptura do canal deferente dando escoamento a um liquido a principio seroso. O doente tratou-se pela heliotherapia, tendo fechado a fistula que ficára e estando actualmente mais molle o canal deferente; o tumor acha-se bastante reduzido parecendo tratar-se neste caso de tuberculose,

apezar de negativas as pesquisas do baccillo.

G. F.

NOTICIARIO

Sociedade de Medicina

Na sua sessão de 24 de Dezembro ultimo a Sociedade de Medicina elegou a sua nova directoria para 1921.

Foram eleitos:

Presidente — Dr. Sarmiento Leite
Vice-presidente — Dr. Annes Dias
Secretario Geral — Dr. G. Blessmann
1.º Secretario — Dr. Gabino Fonseca
2.º " — Dr. Leonidos Escobar
Thezoureiro — Dr. Plínio Gama
Archivista — Dr. A. Galvão

Comissão da Revista:

Para a direcção dos "Archivos Rio Grandenses de Academia", durante o anno de 1921 foram eleitos os Drs. Lima Guedes, Annes Dias e Gonçalves Vianna.

Faculdade de Medicina

Chronica do anno de 1920

Janeiro — No dia 1.º, realizou-se uma sessão solenne, com assistencia do sr. dr. Ricardo Machado, Inspector Federal, para dar posse aos Profs. Sarmiento Leite e Serapião Marianne nos cargos de Director e Vice-director.

De 7 a 12, effectuaram-se os exames vestibulares para os candidatos á matricula nos diversos cursos.

Inscreveram-se 15 para medicina e 9 para pharmacia, cujo resultado foi o seguinte: medicina, 4 plenamente, 8 simplesmente e 3 reprovados; pharmacia, 1 plenamente, 4 simplesmente, 3 reprovados, faltando 1 á prova oral.

A comissão examinadora era composta dos Profs. Pitta Pinheiro e Luiz Englart, do Gymnasio Julio de Castilhos; Padres Bock e Krame, do Gymnasio Anchieta, sob a presidencia do Director da Faculdade.

No dia 24, o sr. dr. Antonio Fontes, do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio, realizou no salão nobre da Faculdade, uma conferencia sobre — Tuberculose e tuberculinothérapie.

Março — Nos dias 5 e 15, realizaram-se as sessões de Congregação regulamentares, em que foram eleitas as comissões permanentes, approvados o orçamento annual, e as comissões examinadoras.

As comissões permanentes ficaram assim constituídas — Contas: Profs. A. Franco, Falk e Velho Py; Scientifica: Profs. Blessmann, Paula Esteves e Marques Pereira; Revista dos Cursos: Profs. Annes Dias, Luiz Guedes e Thomaz Marianne.

De 10 a 21, realizaram-se os exames de 2.ª epoca para os diversos cursos, cujo resultado se vê no quadro a seguir:

MAPPAS DOS EXAMES REALISADOS EM MARÇO DE 1920

SEGUNDA ÉPOCA	CURSO DE MEDICINA																								
	1.ª Serie		2.ª Serie		3.ª Serie		4.ª Serie		5.ª Serie		6.ª Serie		Curso de pharmacia		Curso de odont.										
	Chimica medica	Historia Natu- ral Medica	Historia, 1.ª parte	Anatomia des- cript., 1.ª parte	Historia, 2.ª parte	Physiologia, 1.ª parte	Anatomia des- cript., 2.ª parte	Microbiologia	Physiologia, 2.ª parte	Pathologia geral	Anatomia pa- thologica	Pharm. e arte de formular	Pathologia ci- rurgica	Anat. med.-cir- e operações	Therapeutica	Pathologia me- dica, 1.ª parte	Clinica cir- urgica	Defesa de Theses	Chim. Mineral organica	Historia Na- tural	Microbiologia, parte geral	Pharmacologia, 1.ª parte	Historia da bocca	Physiologia da bocca	
Alumnos que se inscreveram.....	2	4	4	4	8	2	5	5	7	2	3	5	2	8	1	1	11	2	1	1	2	2	1	1	3
Faltaram á prova escrita.....	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Faltaram á prova pratica oral.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Approvados com distincção.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Approvados plenamente.....	—	1	1	3	3	1	1	1	3	2	—	2	2	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Approvados simplesmente.....	—	3	3	—	5	1	3	2	2	—	3	3	2	8	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Reprovados.....	2	1	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Abril — A 29, o dr. Olinto, Prof. honora- rio, realisou uma conferencia sobre — Crup e tracheotomia por um processo facil, rapido

e novo — apresentando um tracheotomo de sua invenção.

Maió — No dia 4, o mesmo professor realizou outra conferencia sobre — Lição clinica sobre diagnosticos de reumatismo.

A 26, o dr. Ricardo Machado iniciou a inspecção regulamentar, que se prolongou até 18 de Junho.

Junho — Effectuou-se a 1.^a prova parcial.

Julho — A 15, realizou-se uma sessão de Congregação para o encerramento do concurso de Prof. substituto da 15.^a secção, tendo-se inscripto apenas o dr. Carlos Leite Pereira da Silva, que apresentou a seguinte these — Actynomicose cutanea.

A 16, começaram-se as ferias regulamentares.

A 25, realizou-se uma sessão especial, commemorativa do 22.^o anniversario da fundação da Faculdade, sendo por essa occasião distribuido o n.^o 6 da *Revista dos Cursos*.

De 26 a 30, effectuaram-se as provas do concurso, e a 31 a sessão de julgamento, na qual foi o candidato habilitado.

Outubro — De 5 a 30, o dr. Ricardo Machado fez a sua segunda visita de inspecção regulamentar.

Novembro — A 10, foram abertas as inscripções para exames da 1.^a época; a 14, encerraram-se as aulas; a 16, reuniu-se a Congregação para encerramento do concurso para Prof. substituto da 9.^a secção, tendo-se inscripto apenas o dr. Eduardo Sarmento Leite da Fonseca Filho, que apresentou a seguinte these — Encephalite lethargica (clinica medica) — Derrames lactescentes do peritoneo (pathologia medica).

A 18, reuniu-se a Congregação para tratar dos assumptos referentes aos exames da 1.^a época, tendo sido approvadas as seguintes commissões:

1.^a serie — Professores Christiano Fischer, presidente; Marques Pereira, Ney Cabral e Gaspar Faria.

2.^a serie — Professores Marques Pereira, presidente; Moysés, Gabino.

3.^a serie — Professores Sarmento Leite, presidente; Pereira Filho e Raul Pilla.

4.^a serie — Professores Diogo Ferraz, presidente; Raymundo Gonçalves Vianna, Paula Esteves e Carlos Gayer.

5.^a serie — Professores Dias Campos, presidente; Octacilio Rosa e Thomaz Mariante.

Clinica cirurgica — Professores Arthur Franco, presidente; Frederico Falk e Guerra Blessmann.

6.^a serie — Professores Velho Py, presidente; Freitas e Castro e Renato Barbosa.

Clinica medica — Professores Octavio de Souza, presidente; Annes Dias e Aurelio Py.

Clinica obstetrica — Professores Serapião Mariante, presidente; Freire Figueiredo e Luiz Guedes.

Commissões de theses — 1.^a mesa — Professores Arthur Franco, presidente; Frederico Falk e Guerra Blessmann.

2.^a mesa — Professores Serapião Mariante, presidente; Moysés Menezes e Paula Esteves.

3.^a mesa — Professores Octavio de Souza, presidente; Annes Dias e Aurelio Py.

4.^a mesa — Professores Diogo Ferraz, presidente; Freire Figueiredo e Victor de Brito.

5.^a mesa — Professores Velho Py, presidente; Ney Cabral e Freitas de Castro.

6.^a mesa — Professores Raymundo Gonçalves Vianna, presidente; Nogueira Flores e Octacilio Rosa.

7.^a mesa — Professores Marques Pereira, presidente; Pereira Filho e Thomaz Mariante.

8.^a mesa — Professores Ulysses de Nonohay, presidente; Luiz Guedes e Raul Moreira.

Curso de pharmacia — 1.^a serie — Professores Christiano Fischer, presidente; Ney Cabral e Gaspar Faria.

2.^a serie — Professores Pereira Filho, presidente; Soares Rath e Ivo Corseuil.

3.^a serie — Professores Velho Py, presidente; Freitas Castro, Waldemar Castro e Argimyro Galvão.

Curso de odontologia — José Paranhos, presidente; Fontoura Trindade e Cirne Lima.

A 20, começaram os exames para a 5.^a e 6.^a series medicas.

De 26 a 3 de dezembro, effectuaram-se as provas de concurso da 3.^a secção, terminando pelo julgamento em sessão do dia 4, tendo sido o candidato habilitado.

A commissão examinadora do concurso da 15.^a secção, sob a presidencia do director, Prof. Sarmento Leite, ficou composta dos Prof. Pereira Filho, Raul Moreira, Nogueira Flores e Ney Cabral.

A commissão examinadora do concurso da 9.^a secção, sob a presidencia do vice-director, Prof. Serapião Mariante, foi constituida dos Prof. Annes Dias, Aurelio Py, Luiz Guedes e Thomaz Mariante.

Dezembro — A 1.^o começaram os exames para os cursos de pharmacia e odontologia e 1.^a, 2.^a, 3.^a e 4.^a series de medicina.

MAPPA DOS EXAMES DE 1920
(1.ª EPOCA)

CURSO DE MEDICINA 1920	1.ª serie			2.ª serie			3.ª serie			4.ª serie			5.ª serie			6.ª serie			OBSERV.						
	Physica medica	Chimica medica	Hist. natural	Histologia 1ª parte	Anat. descrip. 1ª parte	Physiologia 1ª parte	Histologia 2ª parte	Histologia 2ª parte	Anat. descrip. 2ª parte	Physiologia 2ª parte	Microbiolog. 2ª parte	Pathologia geral	Pathologia anat. e phys. pathol.	Pharmacol. cirurgica	Anat. med. cirurg. oper.	Therapeutica	1ª parte	Chimica cirurgica		Hygiene	Medicina legal	Pathol. med.	Chimica medica	Chimica obstetrica	Theses
Matriculados.....	14	19	17	23	27	27	28	35	34	34	34	17	19	19	17	25	25	27	21	21	21	21	21	21	—
Inscreveram-se.....	12	16	13	18	25	25	26	30	29	29	29	13	14	14	13	24	24	25	19	19	19	19	19	10	—
Não se inscreveram.....	2	3	4	5	2	2	2	5	5	5	5	4	5	5	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	—
Faltaram à prova scripta.....	1	0	2	2	0	0	1	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Faltaram à prova pratica oral.....	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Approvedos com distincção.....	0	1	0	2	4	2	2	1	1	2	7	0	5	0	0	2	4	8	3	4	4	0	2	5	—
Approvedos plenamente.....	6	2	6	4	12	11	12	13	11	7	16	7	5	2	15	16	15	11	10	6	5	9	10	3	—
Approvedos simplesmente.....	4	11	5	9	7	12	10	12	10	18	18	5	2	6	18	6	5	11	6	9	10	9	7	1	—
Reprovados.....	0	0	0	1	1	0	1	1	1	7	0	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Inhabilitados.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	1	0	—	
Prejudicados.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	—	

MAPPA DOS EXAMES EM DEZEMBRO
DE 1920 (1.ª EPOCA)

PRIMEIRA EPOCA	CURSO DE PHARMACIA										OBSERV.															
	1.ª serie		2.ª serie		3.ª serie		4.ª serie		5.ª serie			C. OODONTOL.														
Physica	Chimica min. e org.	Historia natural	Chimica analitica	Microbiolog. p. geral	Pharmacol. 1ª parte	Hygiene, parte geral	Bromatolog.	Toxicologia	2ª parte Pharmacia	Noç. parte 1.ª, 2.ª, 3.ª anat. pathol.	2.ª serie		Proth. comp. metallurg.	Clinica odontolog.												
												Physica			Chimica min. e org.	Historia natural	Chimica analitica	Microbiolog. p. geral	Pharmacol. 1ª parte	Hygiene, parte geral	Bromatolog.	Toxicologia	2ª parte Pharmacia	Noç. parte 1.ª, 2.ª, 3.ª anat. pathol.	2.ª serie	Proth. comp. metallurg.	Clinica odontolog.
Matriculados.....	10	11	12	8	8	5	5	3	3	3	3		3	3												
Inscreveram-se.....	7	7	9	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	—
Não se inscreveram.....	3	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Faltaram à prova scripta.....	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Faltaram à prova pract. or.....	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Approvedos com distincção.....	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	—
Approvedos plenamente.....	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Approvedos simplesmente.....	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—
Reprovados.....	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	—

A 16, effectuou-se na secretaria, com assistencia do sr. dr. Inspector Federal, a collação de grão para os pharmaceuticos Agnello M. da Silva Varlet, Henrique Oliveira, Pedro Garcia e Sady Barros Hofmeister.

A 20, sessão para eleição de nova directoria, cuja escolha recahiu nos Profs. S. Leite e S. Mariente.

A 21, effectuaram-se as defesas de theses dos doutorandos Galdino Nunes Vieira, Francisco Paula Soares Netto, Luiz Faccioli, Odilon Berendt de Oliveira e Raymundo Vieira da Silva Filho, os quaes collaram o grão na Secretaria, com assistencia do sr. dr. Inspector Federal, no dia 28.

A 31, o sr. Director apresentou seu minucioso relatório e o balanço da receita e despesa, documentos estes reveladores do grão

de desenvolvimento em que se encontra a Faculdade de Medicina.

Pelo orçamento verifica-se que a receita foi de 314:774\$490 e a despesa de 169:652\$500, havendo um saldo de 145:321\$990.

Foram feitas encomendas de material para os laboratorios em França (casa Adnet), na Allemanha (casa Hansa), nos Estados Unidos (Nielson), Buenos Aires (casa Lutz & Ferrando).

O novo edificio, que está sendo construido a expensas do Estado, deverá ficar terminado por todo o primeiro semestre do anno proximo vindouro.

As obras, que começaram a 29 de janeiro, acham-se bastante adiantadas.

Quasi todas as salas já estão rebocadas, estucadas e com o concreto prompto.

Trabalha-se actualmente e com actividade na ornamentação do salão nobre.

O revestimento externo já foi tambem iniciado.

A installação de gaz, agua e luz electrica já está terminada.

Estando assim bastante adiantados os trabalhos de acabamento, é de esperar que no primeiro semestre vindouro esteja a Faculdade installada em seu novo edificio.

De parabens estão o Rio Grande e a Congregação, e todos se devem congratular com o Governo do Estado, pois não foram o decidido amparo, o grande interesse do Bemerito Presidente, Exmo. Sr. Dr. Borges de Medeiros, é a Faculdade de Medicina ainda estaria no velho edificio, improprio para um instituto de ensino superior.

As theses versaram sobre os seguintes assumptos:

Breno Dias de Castro — Epididymites bernorrhagicas.

Odillon B. de Oliveira — Arranjo anatomico do feixe vasculonervoso intercostal.

Commissão examinadora — Prof. A. Franco, presidente, Falk e Blessmann.

Galdino Nunes Vieira — Dystrophias genito glandulares.

Francisco P. Soares — Mal de Banti.

Commissão examinadora — Prof. Annes Dias, presidente, Aurelio Py e Ney Cabral.

Luiz Faccioli — Syndroma de Unverricht.

Commissão examinadora — Prof. Ulysses, presidente, Freitas Castro e Raul Moreira.

Raymundo Vieira da Silva Filho — Entropio do colo uterino.

Commissão examinadora — Prof. S. Marriante, presidente, Moysés e Paula Esteves.

PHARMACIA TORELLY

Deposito de Drogas nacionaes e estrangeiras

Escrupuloso serviço de manipulação

Variado sortimento de perfumarias, como Loções,
Brilhantinas, Oleos, Perfumes, Pós de arroz e
etc. dos melhores fabricantes.

RUA INDEPENDENCIA, 148

(Esquina da de Santo Antonio)



Laboratorio Biologico YGARTUA

RUA GENERAL CAMARA N. 57 — PORTO ALEGRE — TELEPHONE N. 1170

SECÇÃO ANALYSES MEDICAS

sob a direcção scientifica do Dr. Lameira Ramos do „Instituto Manguinhos“ e Florencio Ygartua, ex-director do „Laboratorio Cranwell“, Montevideo.

AO CORPO MEDICO

Tenho o prazer de communicar a V. S. que foi annexado á secção de Analyses Medicas do „Laboratorio Ygartua“, uma secção de Microbiologia, Sorologia e Parasitologia, sob a direcção do Dr. Lameira Ramos do „Instituto Manguinhos“, e que o Laboratorio de Analyses Medicas está apto a effectuar qualquer exame relativo áquella secção, como sejam: exames de sangue, urina, leite, escarros, feses, pus, liquidos pathologicos, Reacções de Abderhalden, Wassermann, Widal, soro-aglutinações, etc., etc.

As reacções de Wassermann para uniformisação do serviço são feitas ás terças e sextas-feiras; quando houver porém urgencia, serão feitas em qualquer dia.

Esperando corresponda dessa fôrma ás justas aspirações do corpo clinico e do publico desta capital, subscrevo-me ás ordens de V. S.

Crº Obr.º Attº

Director do Laboratorio Biologico Ygartua,

FLORENCIO YGARTUA



ATOPHAN — Gotta, rheumatismo articular, nevralgias, sciatica, pyorrhéa alveolodentaria, etc. **O maior expellidor do acido urico.** Em sal e tubos de 20 comprimidos á 0,50 originaes “Schering.”

UROTROPINA — “Schering”, a unica original em tubos de 20 comprimidos. Em TODAS AS AFFECÇÕES DAS VIAS URINARIAS.

HEGONON — Novo preparado organico de prata, de acção energica, facilmente soluvel, nada irritante. Em sal e em tubos de 20 comprimidos a 0,25.

ARTHIGON — Vaccina gonococcica altamente polyvalente, para tratamento especifico das complicações gonorrhéicas.

HORMONAL — Hormon peristaltico segundo o dr. Zuelzer. Constipações de forma chronica dos intestinos, atonia, paralyrias intestinaes.
Intramuscular e intravenoso.

MEDINAL — Hypnotico e sedativo, facilmente soluvel, absorção rapida, innocuo. Neurasthenia, insomnia, hysteria, depressão, demencia, melancholia, delirium tremens, morphinomania, etc.

MULTANIN — Tannino e alluminio. — Novo preparado ANTI-DIARRHEICO, de acção real e inoffensiva.
Cholera e dysenteria infantis e em todos os casos de diarrhéas das creanças. — Sal e comprimidos a 0,5.

Amostras e litteraturas gratis aos Snrs. Medicos com o agente depositario no Brasil, da

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING),
Berlin

Rua da Alfandega, 171 — Rio de Janeiro

Productos „ASTER“

SUCURSAL

BUENOS AIRES

G. DE IBARRETA

MONTES DE OCA, 1702

PRODUCTOS

„DIASTER“

DO

Laboratorio Biológico

de los profesores Coppetti & Curci

CALLE 25 DE MAYO, 224

SUCURSAL

SANTIAGO DE CHILE

A. B. PEREIRA & CIA.

AHUMADA, 323

PRODUCTOS

„ASTER“

DIRECCION TELEGRAFICA „DIASTER“

MONTEVIDEO

TELEF. LA URUGUAYA, 498 - CENTRAL

Productos em drageas

Ovocitina „ASTER“ (corpo amarello do ovario)

Glandotirina „ASTER“ (thyroidina)

Prostatina „ASTER“

Suprarrenalina „ASTER“

Gastrozimógeno „ASTER“

Extracto biliar „ASTER“

Orquitina „ASTER“

Hepaticina „ASTER“

Nefrina „ASTER“

Glándula mamaria „ASTER“

Productos em comprimidos

Hepaticina „ASTER“ (pó de figado)

Glándula mamaria „ASTER“

Quimosina „ASTER“ (Lab-fermentos)

Pancreas „ASTER“

Nefrina „ASTER“ (extracto renal)

Cerebrina „ASTER“ (sustancia cerebral)

Orquitina „ASTER“

Placenta „ASTER“ (sustancia placentaria)

Extracto de Bazo „ASTER“

Hipofisina „ASTER“ (Hipófise cerebral)

Médula osea „ASTER“

Ovarina „ASTER“ (ovario completo 0.25)

Glandotirina „ASTER“

Levadura de cerveza „ASTER“

Glándula pineal „ASTER“

Paratiroides „ASTER“

Póliglandulares „ASTER“

Liquidos em ampollas de 5 c. c.

Extracto de Bazo „ASTER“

Suero de Trunececk „ASTER“

Suero Orgánico Homopoyético „ASTER“

Liquidos em ampollas de 1 c. c.

Ovocitina „ASTER“ (corpo amarello do ovario)

Asmaleno „ASTER“ (Adrenalina e Hipofisina)

Hipofisina „ASTER“ (PITUITRINA)

Glicógeno „ASTER“

Nuclearsol „ASTER“

Lecitina ex-Cerebrum „ASTER“

Textilina-Fibrolina (criança)

Textilina-Fibrolina (adulto)

Bio-Lecitina „ASTER“ (simple)

Bio-Lecitina „ASTER“ (cacodilica)

Bio-Lecitina „ASTER“ (yodada)

Suero de la vena renal de cabra

Productos diversos

Solución de ADRENALINA „ASTER“ 1|00

Suero de la vena renal de cabra

Suero anti-tiroides (Moebius) por g.

Hemato etiroidina, en elixir.

Liquidos em ampollas de 3 c. c.

Ovocitina „ASTER“ (corpo amarello do ovario)

Glandotirina „ASTER“ (Thyroidina)

Suprarrenalina „ASTER“ (capsulas suprarrenal)

Cerebrina „ASTER“ (substancia cerebral)

Vendem-se em todas as Pharmacias